

Les Accidents de l'Avortement criminel
par injections de liquides dans l'utérus,
d'après 65 observations, dont 2 inédites

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte
de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Mai 1942

PAR

BEHAR, Nissim, Jean

Né le 5 juillet 1915, à Constantinople
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

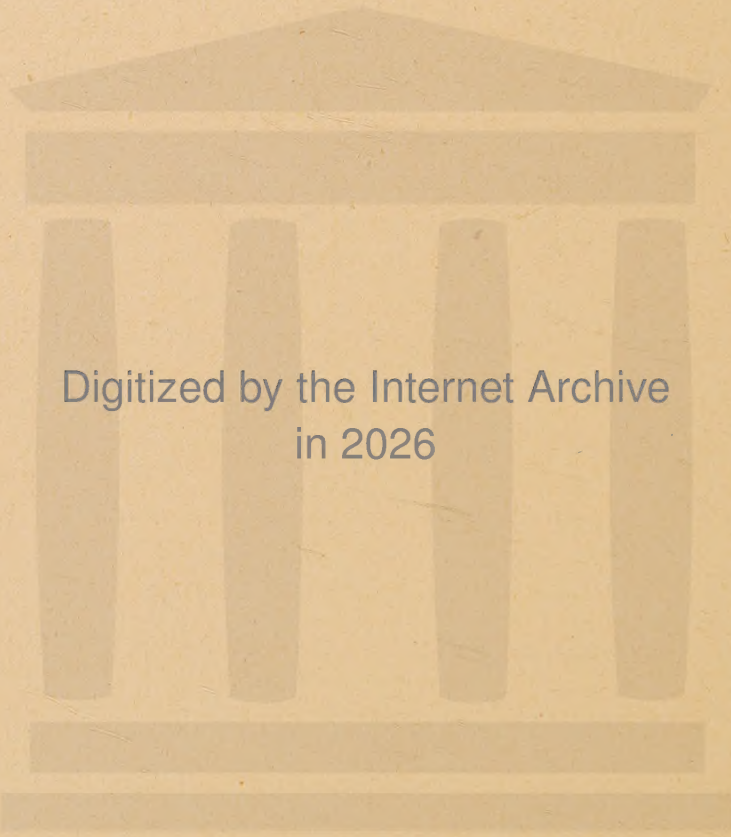
Examineurs de la Thèse	{	Y. BOURDE	{	<i>Président</i>
		VAYSSIÈRE		<i>Assesseurs</i>
		FIGARELLA		
		CHOSSON		

IMPRIMERIE E. MAGNAN

50, Rue Gioffredo

NICE

— 1942 —



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

Les Accidents de l'Avortement criminel
par injections de liquides dans l'utérus,
d'après 65 observations, dont 2 inédites

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte
de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Mai 1942

PAR

BEHAR, Nissim, Jean

Né le 5 juillet 1915, à Constantinople
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examineurs de la Thèse	{	Y. BOURDE	<i>Président</i>
		VAYSSIÈRE	{ <i>Assesseurs</i>
		FIGARELLA	
		CHOSSON	

IMPRIMERIE E. MAGNAN
50, Rue Gioffredo
NICE
— 1942 —



PERSONNEL ENSEIGNANT
DE LA FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE,
OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	N...
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO

Chargé de Cours :

Clinique Dermatologique VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. SAUTET
DUBOULOZ
BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM. DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres :

MM. QUINTARET

PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

Anatomie descriptive et topographique SALMON
Chimie minérale ARNOUX
Clinique des maladies contagieuses PERIOT
Médecine opératoire DOR
Microbiologie BOYER
Neuro-Chirurgie ARNAUD
Obstétrique CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens DELPHAUT
Psychiatrie ALLIEZ
Toxicologie GUILLOT



A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

*dont la vie a été guidée par l'amour de
leurs enfants, ce faible témoignage de
ma profonde affection.*

A MES DEUX FRÈRES,

*je veux exprimer ici ma reconnaissance
pour l'amitié et les encouragements qu'ils
m'ont toujours prodigués.*

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. BOURDE,

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté Mixte de
Médecine et de Pharmacie de Marseille.
Chirurgien des Hôpitaux.

*qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. FIGARELLA,
Chirurgien des Hôpitaux.

*qui nous a suggéré l'idée de ce travail et
nous a prodigué ses conseils bienveillants*

*Qu'il veuille bien agréer l'assurance de
notre profonde gratitude.*

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT.

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT.

A MON JURY DE THÈSE.

Les Accidents de l'Avortement criminel par injections de liquides dans l'utérus, d'après 65 observations, dont 2 inédites

INTRODUCTION

Les accidents provoqués par les injections de liquides dans l'utérus dans un but abortif tiennent une large place dans la pathologie des avortements criminels.

Avec les deux observations qu'a bien voulu nous confier M. le Professeur Agrégé Figarella et les soixante-trois observations que nous avons trouvées dans la littérature médicales, nous avons pu entreprendre une étude détaillée de ces accidents.

Notre travail comprendra l'étude de tous les accidents survenus à la suite d'injections intra-utérines de divers liquides ou solutions. Nous verrons en effet que si la plupart des observations se rapportent à l'emploi d'eau de savon comme liquide d'injection, on a pu noter des accidents, très souvent semblables (comme par exemple l'infarctus utérin ou la nécrose utérine) après l'emploi de solutions telles que : l'eau de javel, l'eau vinaigrée ou le vinaigre pur, le permanganate de potasse, l'infusion de camomille, l'eau iodée ou additionnée de Dakin et même l'eau pure.

Ceci nous incite à penser que dans la genèse des accidents consécutifs aux injections intra-utérines, l'acte de l'injection par lui-même doit avoir plus d'importance que la nature du liquide injecté.

D'autre part, si la grosse majorité des observations concerne des femmes enceintes, il nous a été possible de relever quatre cas d'accidents survenus, à la suite d'injections intra-utérines, chez des femmes non enceintes.

Il semble donc que l'état de gravidité ne soit pas indispensable à l'éclosion de ces accidents.

Notre travail, qui sera à la fois clinique et statistique, va s'appuyer sur l'étude méthodique de cette importante documentation.

Notre plan sera le suivant :

- I. — Historique.
- II. — Nos observations.
- III. — Les facteurs étiologiques.
- IV. — Les manifestations cliniques.
- V. — Les constatations biologiques.
- VI. — Les notions pathogéniques.
- VII. — Les différents traitements et leurs résultats.



CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Parmi les nombreux accidents provoqués par les injections intra-utérines abortives, c'est l'infarctus de l'utérus qui a retenu en premier lieu l'attention des auteurs.

Cette lésion si caractéristique fut longtemps ignorée et confondue avec d'autres lésions utérines telles que la gangrène ou la nécrose de l'utérus. La première description d'infarctus utérin que nous trouvons dans la littérature médicale nous est donnée par MM. Couvelaire et Portes en 1911, à propos d'un syndrome anatomo-clinique particulier qu'ils nommèrent : « apoplexie utéro-ovarienne ».

Mais avec l'apparition d'un facteur étiologique très important : les injections intra-utérines de liquides caustiques en vue de l'avortement criminel, les observations vont se multiplier.

On incrimine tout d'abord les injections de solutions alcalines.

Tosetti, en 1917, publie l'observation d'une femme morte, deux jours après une injection intra-utérine d'ammoniaque, « avec des lésions de nécrose hémorragique ».

Peu après, ce sont les solutions d'eau de savon qui retiennent l'attention.

Von Geppert en 1921 a donné la première description précise d'un infarctus utérin par eau de savon.

L'emploi très fréquent de solutions savonneuses et surtout l'aspect caractéristique des lésions d'infarctus qu'elles provoquent, ont permis à beaucoup d'auteurs, lorsqu'ils manquaient de renseignements précis sur la nature du liquide injecté, d'invoquer les solutions d'eau de savon.

C'est ainsi que Wemmer, en 1921, publia une observation semblable à celle de Von Geppert, et l'attribua à l'eau de savon.

En 1927, Rünge qui les croyait ignorées, décrivit les mêmes lésions sous le nom de « nécrose alcaline de l'utérus et des annexes ».

Dès lors les observations se multiplient, surtout dans les pays de langue allemande.

En France, la question ne revient nettement à l'ordre du jour qu'en 1932. Braine présente à l'Académie de Chirurgie deux observations « d'infarcissement hémorragique de l'utérus ».

Mais c'est à M. Mondor et à ses travaux importants que l'on doit une étude précise de cette question.

Depuis ces travaux, les observations sont devenues plus nombreuses et ont permis de distinguer à côté de l'infarctus utérin, des lésions génitales très fréquentes, qui sont venues compléter l'énumération des accidents consécutifs aux injections abortives intra-utérines.

En 1937, une communication de MM. Senèque, Sicard, Carcassonne, Dor, en a montré la diversité.

En même temps, on commence à observer la survenue de ces mêmes accidents après injection intra-utérine de solutions ou de liquides très différents : solutions alcalines, solutions acides ou neutres, caustiques ou non caustiques, dont l'emploi est devenu de plus en plus fréquent, sans toutefois dépasser la popularité de l'eau de savon qui reste encore aujourd'hui, la solution la plus fréquemment utilisée.

Ce travail se propose d'en donner une étude d'ensemble.



CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous allons publier deux observations inédites de M. le Professeur Figarella, et une série de 32 observations recueillies dans la littérature médicale.

Les 31 autres observations que comporte notre étude statistique, ont été choisies parmi les observations publiées dans la thèse de Gross (Paris 1938), à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Les observations seront présentées, groupées selon les liquides ou les solutions employés pour les injections.



EAU DE SAVON

OBSERVATION N° 1 (Inédite. Prof. Figarella).

Mme L. A..., âgée de 26 ans, III pare, enceinte de 4 mois, entre à l'Hôtel Dieu, salle Garnier, le mercredi 9 octobre 1940, à 23 heures, avec le diagnostic de : Métrorragie, dont le début remonte au matin à 8 h. 30.

Pressée de questions, elle nie toutes manœuvres utérines.

La température est à 40°, le pouls à 130.

L'examen pratiqué immédiatement par l'interne de garde (Dr Dalmas) montre au T. V. : un col utérin ouvert. On sent un pôle arrondi et lisse qui est engagé.

On pense à l'accouchement de l'œuf en bloc.

Le toucher combiné au palper révèle un utérus très douloureux à la mobilisation et dont le fond est extrêmement sensible.

Les hémorragies étant peu abondantes, on place la malade en observation (glace sur le ventre, surveillance du pouls toutes les demi-heures. Il se maintient à 130 sans variations).

Dans la nuit se produit l'expulsion du fœtus et d'une partie du placenta. Les hémorragies sont toujours peu abondantes. On s'abstient de toute intervention.

A 7 heures du matin (jeudi 10 octobre), l'externe de garde vient prévenir que la malade présente un ictère.

Interrogée à nouveau, avec insistance, la malade déclare s'être fait la veille à 8 heures du matin, une injection intra-utérine d'eau savonneuse (savon de Marseille) avec une poire d'enfant et une canule en os. (Pas de précisions sur la concentration de la solution.) Cette injection provoqua une douleur syncopale.

A l'examen, à 7 heures du matin, il s'agit d'un ictère franc, particulièrement marqué aux conjonctives. Cet ictère, mêlé de cyanose, a une teinte cuivrée.

La température est de 38°2, le pouls à 130, la dyspnée très marquée.

A l'inspection de l'abdomen on ne trouve pas de taches cyanotiques. La palpation est très douloureuse surtout dans les deux fosses iliaques où il existe une très légère défense.

Le T. V. est très douloureux.

On ordonne immédiatement : 500 cc. de sérum glucosé, perhépatique 20 unités d'insuline, et l'on intervient d'urgence à 8 h. 35 du matin.

A l'intervention (Figarella — Bonnefoi).

Anesthésie très légère à l'éther.

Pas de liquide dans la cavité péritonéale.

Utérus de couleur grisâtre, de consistance très molle. Sur le fond utérin, faisant saillie, existe un infarctus de 5 cms. de diamètre environ. Mais le péritoine est intact, non perforé, mais largement infiltré et malade. Pas de perforation utérine. Pas d'infarctus tubo-ovarien.

Hystérectomie totale facile. Pas de péritonisation, quatre grandes mèches dans le vagin assurant un large drainage. Fermeture rapide de la paroi en un plan aux crins doubles.

Durée totale de l'intervention 25 minutes.

Ramenée dans son lit, la malade reçoit aussitôt une transfusion de 350 grammes. Traitement : sérum glucosé, 500 cc. par jour, insuline 20 unités par jour, perhépatique 1 ampoule par jour, extrait surrénal 1 par jour, toni-cardiaques toutes les 3 heures.

L'ictère conserve toute la journée la même intensité. Soif intense. Dyspnée marquée. Agitation. Pas d'hémorragie, pas de vomissement.

Le 11-10-40. La nuit a été calme. L'agitation remplacée par de la prostration. L'ictère a la même intensité. Pas d'hémorragie. Légère cyanose des extrémités.

Le 12-10-40. Ballonnement abdominal généralisé à prédominance épigastrique. Un lavage d'estomac ramène plusieurs litres de liquide fétide et sanglant. On prescrit en plus du traitement habituel du sérum hypersalé I.V. et de la prostigmine. Position génu-pectorale.

Le 13-10-40. Même intensité de l'ictère. Les vomissements et le météorisme abdominal persistent. On fait 60 cc. d'hypersalé à 20 % I.V. et deux injections de prostigmine.

Le 14-10-40. Diminution d'intensité de l'ictère. Ballonnement et vomissements fréquents. Un lavage d'estomac de nouveau pratiqué. La thérapeutique anti-occlusive est sans action. La température monte à 39°. L'auscultation pulmonaire (Dr Vague) révèle à la base droite de nombreux râles sous-crépitaux signant la présence d'une embolie pulmonaire, vraisemblablement graisseuse : traitement : sinapisme, eucalyptine.

Le 15-10-40. Le météorisme abdominal et les vomissements sont toujours marqués. Présence de petites hémorragies gingivales. Prostration. Dyspnée.

Le 16-10-40. Devant l'occlusion persistante, on pense à faire une cœcostomie de dérivation, mais la constatation d'hémorragies externes multiples fait reculer toute idée d'opération. On se contente d'enlever les mèches qui assuraient le drainage abdominal.

L'ictère est peu marqué. La température est à 39°, le pouls tombe à 70 et la malade meurt dans le coma à 20 h.

L'autopsie n'a pu être pratiquée, pas plus qu'un prélèvement rénal ou hépatique post-mortem précoce.

Les examens pratiqués :

Azotémie :	Le 10.....	1 gr. 10
	Le 11.....	2 gr. 23
	Le 14.....	4 gr. 80
Glycémie :	Le 10.....	2 gr. 80
	Le 11.....	2 gr. 10
	Le 14.....	1 gr. 50
	Le 15.....	2 gr. 10

Formule et numération :

	Le 11	Le 12	Le 14	Le 15
G.R.	3.660.000	3.380.000	3.200.000	2.020.000
G.B.	32.000	23.800	11.800	29.400
P. neutro	88	93	84	85
P. éosino.....	1			
Monocytes	5	2	2	3
Lymphocytes	5	3	13	10
F. transitoires.....	1	2	1	2
Hémoglobine			60	50
Plaquettes			90.000	

Créatine et Créatinine :

	Le 11	Le 12
Créatine totale	80 mmpr.	90 mmgr.
Créatinine	30 mmgr.	49,7
Créatine	50 mmgr.	40,3

Chlorémie :

	Le 12	Le 16
Chlore globulaire	1,65	1,93
Chlore plasmatique	3,47	3,36
Rapport erythro-plasmatique	0,48	0,57

Temps de coagulation en chambre close : 5 minutes.

Temps de saignement : 3 minutes.

Signe du lacet : négatif.

Hémoculture : Le 11 octobre, s'est révélée négative, même après repiquage sur gélose profonde de Veillon.

Analyse d'urine :

	Le 10	Le 11
Albumine	10 grs.	8 grs.
Chlorures	7 grs.	
Nombreuses hématies		quelques cellules rénales
Après culture : colis		quelques leucocytes.
et entérocoques.		absence de cylindres.

Le 12

Quelques leucocytes disséminés

Absence d'hématies

Petites cellules rondes et en raquette

Cellules rénales.

Quantités d'urine :

Le 10.....	10 cc.	d'urine hématique, aspect bouillon sale.
Le 11.....	20 cc.	
Le 12.....	55 cc.	
Le 13.....	75 cc.	
Le 14.....	135 cc.	
Le 15.....	115 cc.	
Le 16.....	30 cc.	

Histologie : (Prof. Paillas) réponse du 21-10-1940.

A l'examen du fond utérin dans la zone infarctée, seule la partie toute périphérique de la couche musculaire est saine. Le reste du tissu présente une nécrose massive avec nombreuses suffusions hémorragiques. Quelques vaisseaux sont reconnaissables à la limite de la zone saine et de la zone infarctée. Ils sont thrombosés.

Dans cette même région, on aperçoit de nombreuses coulées de polynucléaires intacts ou picnotiques et du pigment ocre déposé ou phagocité par des macrophages, ce qui témoigne de l'ancienneté relative du processus.

A noter l'absence de lésions péritonéales.

OBSERVATION N° 2. (Inédite. Prof. Figarella.)

Mme P..., âgée de 21 ans, mère de 3 enfants, entre dans le Service, Salle Garnier, le 20-4-41, avec le diagnostic de : Métrorragie après injection intra-utérine d'eau savonneuse.

Cette métrorragie est survenue le 17^{me} jour après l'injection et consistait en hémorragie de sang rouge qui a duré pendant les deux jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital.

A l'entrée, après la disparition de l'hémorragie, la malade accuse des douleurs violentes siégeant dans la partie haute de l'abdomen, avec paroxysmes très intenses. La température est à 39°.

Interrogée sur une grossesse possible, elle nie toute grossesse récente mais déclare avoir présenté deux mois auparavant, en février, une métrorragie abondante avec caillots. Depuis cette date elle n'aurait pas revu ses règles.

Dans ses antécédents, elle avoue un avortement provoqué il y a cinq ans.

Interrogée à nouveau avec insistance, elle reconnaît enfin qu'elle se croyait enceinte de un mois et demi environ, et qu'elle a pratiqué une injection intra-utérine pour provoquer l'avortement.

A l'examen, l'état général est mauvais, traits tirés, agitation. La température se maintient à 39°, le pouls est à 120. La palpation de l'abdomen est douloureuse, il existe un état de défense de la paroi abdominale.

Au T.V. le dôme vaginal est uniformément douloureux. L'examen au spéculum révèle un col utérin bleuâtre laissant sourdre des pertes malodorantes.

On pratique le même jour (20-4-41) une hystérectomie subtotale rapide.

A la coupe de l'organe on note :

1° Que l'utérus n'est pas gravide;

2° Qu'il existe sur la corne gauche une zone violacée et ramollie de 3 cms. de diamètre, intéressant la muqueuse et la couche interne du mètre. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un infarctus.

3° Il n'existe pas de liquide dans la cavité péritonéale.

Les suites opératoires ont été normales et la malade sort guérie le 21-5-1941.

OBSERVATION N° 3 (Brette). — *Infarctus. Hystérectomie subtotale. Guérison.*

Malade âgée de 28 ans, a pratiqué le 8 juin 1936, une injection intra-utérine d'une solution d'eau de savon additionnée d'eau de Javel pour un retard de règles de cinq jours.

Entre en clinique le même jour pour des douleurs abdominales et des vomissements.

A 17 heures, elle présente un faciès inquiet, son pouls est à 80, la température à 37°. L'examen de l'abdomen découvre un ventre de bois dans la région sous-ombilicale.

A 20 heures : vomissements, défense musculaire généralisée, pouls à 90, température à 38°. Formule sanguine : G.R. 4.780.000. G.B. 19.600. Polynucléaires 90 %.

A 20 h. 15, laparotomie sous-ombilicale. Anesthésie au Balsoforme. On trouve : un liquide trouble, purulent, libre dans le Douglas, dégageant une odeur d'eau de Javel. L'utérus est en rétroversion, relevé, non perforé, mais d'aspect richement coloré (du rouge violet à l'indigo bleu). Utérus bleu violet, trompes rouge violet très vif, ovaire gauche moucheté de suffusions sanguines. Hystérectomie subtotale basse, puis péritonisation exacte. Drain dans le Douglas. Greffe des ovaires (méthode Douay).

La pièce ouverte montre une muqueuse violacée, sans œuf perceptible. Aucune odeur.

L'évolution est normale, la malade sort guérie après quinze jours.

OBSERVATION N° 4 (Brette). — *Infarctus. Hystérectomie précoce. Guérison.*

Malade âgée de 34 ans, a pratiqué le 4 avril 1937 une injection intra-utérine d'eau savonneuse. Les pertes de sang furent immédiates.

Le 5 au soir, elle présente un état de choc avec frissons violents, la température est à 40°. A l'examen les culs de sacs sont libres, non douloureux, l'utérus à peine augmenté de volume. On prescrit glace sur le ventre, septicémine I.V.

Le 6 au matin, l'état s'est aggravé. Faciès plombé, pouls à 128, le ventre est douloureux, l'utérus est douloureux et augmenté de volume, les culs de sacs sont sensibles. L'écoulement utérin a une odeur fétide. Formule sanguine : G.R. 4.720.000, G.B. 14.600, polynucléaires 85 %.

On pratiqué ce même jour une hystérectomie subtotale.

L'utérus et de couleur violet évêque. Les annexes droites sont infiltrées et de couleur aubergine.

A l'ouverture de la pièce on découvre un polype placentaire sphacélé. (A la coupe il s'implante sur le muscle utérin blanc, comme un cojn noir. Limites nettes.)

La guérison s'obtient en quinze jours.

L'examen anatomo-pathologique : polype intra-utérin sphacélé. C'est un polype placentaire. Les villosités placentaires sont normales histologiquement. Au niveau du sphacèle, large surface mi-hémorragique mi-nécrobiotique et infectée, avec au voisinage, des villosités non infectées.

OBSERVATION N° 5 (Brette). — *Injectons répétées d'eau de savon. Infarctus. Hystérectomie. Guérison.*

Malade âgée de 31 ans, mère de sept enfants, pratique le 11 mai 1937 des injections répétées d'eau de savon pour un retard de règles de deux mois.

Le 12 mai elle présente des frissons, une douleur abdominale et elle expulse quelques caillots.

Le 13 mai, même état.

Le 14 mai, elle entre à l'hôpital. Son faciès est bon. Le ventre est souple, mais sensible au niveau des fosses iliaques, surtout à droite. L'utérus déborde la symphyse de un travers de main. Le cul de sac droit est douloureux. Les pertes sont fétides. L'examen au spéculum montre un col normal mais l'orifice du museau de tanche est noir.

La température est de 39°. Le pouls à 104. Un sondage vésical ramène un litre d'urine.

A l'intervention le même jour (balsoforme), l'utérus est de coloration lilas, les trompes sont de couleur lilas avec par endroits des plaques plus foncées. Les trompes sont comme injectées au suif.

Hystérectomie. Mickulicz. Greffe d'ovaire (qui suppure et s'élimine).

Le rétablissement de la malade est lent.

La pièce ouverte montre au niveau de la face postérieure et des deux bords un revêtement en paquet d'étoffe noire, pénétrant profondément dans le muscle utérin. L'odeur est effroyable.

OBSERVATION N° 6. (MM. Lepage et Musset.)

Infarctus utérin après injection d'eau de savon.

Femme de 25 ans. Igeste, entre maternité de Bichat, nuit du 1^{er} au 2 novembre 1940 pour un avortement de trois mois environ.

Elle expulse un fœtus de 12 cm, pesant 70 gr. Le placenta n'est pas expulsé, il reste dans le col.

Perte de sang rouge non fétide, en petite quantité. Elle nie toute provocation de l'avortement.

Température 38°5. Pouls bien frappé. Bon état général T.A. 13-7.

A l'examen : abdomen souple, un peu sensible dans la région sus-pubienne.

Au T.V. col dilaté entre 2 et 5 frs. On sent le placenta qui paraît décollé. Corps légèrement douloureux au toucher. Culs de sacs souples et indolores. On escompte l'expulsion spontanée du placenta.

A la contre-visite, pas de changement notable. Le pouls est à 110. T. 37°4, mais la malade se plaint de nausées et de douleurs vives dans le bas-ventre. Le placenta n'étant pas encore expulsé on attribue ces douleurs à des contractions utérines.

Le lendemain matin (3 novembre), l'état général s'est modifié. 4 à 5 vomissements abondants, verdâtres dans la matinée, absence de selles et de gaz. Douleurs sourdes et continues dans le bas-ventre irradiant vers l'épigastre.

A l'examen, femme pâle, langue un peu sèche, T. 38°. Pouls 105. L'abdomen présente un météorisme léger avec tympanisme généralisé. On décèle en même temps une légère défense musculaire surtout nette dans les flancs et au-dessus de l'arcade crurale droite. Les pertes sont noirâtres et extrêmement fétides.

Au T.V. dans le cul de sac droit masse très dure, dureté ligneuse que l'on croit être l'utérus dévié à droite.

Glace sur l'abdomen. 2 gr. de Dagéan.

La femme nie toujours toute manœuvre utérine.

L'après-midi, l'état général s'aggrave. Femme agitée, vomissements fréquents, pas de selles ni de gaz. Défense abdominale plus nette. Pouls à 130. Au T.V. cul de sac droit comblé par un bloc très dur et douloureux, on ne sent plus le fond utérin, l'utérus a perdu sa mobilité.

On reprend une fois de plus l'interrogatoire qui révèle enfin que le 1^{er} novembre, à 23 heures (soit moins de 48 heures aupara-

vant), la malade a pratiqué elle-même avec une poire à lavement une injection intra-utérine de solution de savon blanc de Marseille. Cette injection fut suivie de coliques très vives.

A 3 heures du matin, elle a commencé à perdre du sang et est venue à pied à Bichat.

On décide l'intervention immédiate, mais l'état général est très faible. Vers 20 heures, traits tirés, hoquets. Pouls 160, oligurie extrême, le cathétérisme vésical ramène 50 cm. d'urines sales (bien que la malade n'ait pas uriné depuis le matin).

Laparotomie (éther).

Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule 200 à 300 cc. de liquide brunâtre d'odeur fétide.

Anses grêles distendues, congestionnées avec par places quelques F.M. de couleur blanc grisâtre.

L'utérus volumineux dévié à droite. Frappe par sa couleur aubergine, rouge violacé surtout au niveau du fond, de la face antérieure et du bord droit. Sa consistance est particulière, mollesse extrême et en même temps cartonnée, très friable.

Annexes un peu congestionnées.

Les pédicules utéro-ovariens, le rectum et la vessie sont d'aspect normal. Par contre il existe un œdème sous-séreux du péritoine viscéral utérin et vésical qui s'étend latéralement et infiltre le cul de sac vésico-utérin; rendant difficile son décollement. Hystérectomie subtotale, Mickulicz. Un drain. Paroi aux bronzes.

La femme se cyanose et meurt à la fin de l'intervention.

Examen histologique (Mlle Gauthier-Villars).

De larges prélèvements ont intéressé toute la hauteur de la paroi utérine dans la zone d'implantation du placenta et à distance de cette zone. Toute la région du fond utérin est le siège d'une infiltration hémorragique intense qui dilacère le tissu musculaire et s'étend latéralement jusqu'à la moitié environ de la hauteur de l'organe.

Mais ce qui frappe surtout ce sont les lésions suppurées, massives, s'associant à l'hémorragie, et seules présentes dans tout le segment inférieur. Sur les coupes, larges traînées suppurées, étendues jusqu'au bord externe de l'utérus, le long des aires vasculaires dont les parois sont infiltrées de polynucléaires.

Le placenta porte quelques plaques de nécrose dans sa portion superficielle, mais dans l'ensemble il est surtout modifié par des lésions inflammatoires suppurées.

L'un des ovaires contient un corps jaune volumineux kystique criblé de granulations pigmentaires sanguines. La corticale est tapissée de produits inflammatoires.

En résumé, si l'infarctissement hémorragique est très intense au niveau du fond utérin, on ne voit dans cette région ni destruction de G.R., ni nécrose pure comme dans les infarctus récents par eau de savon. Il est possible que ces lésions aient existé au début et que la suppuration s'y soit ajoutée.

OBSERVATION N° 7. (MM. Decoux et Bédrine.) — Embolie gazeuse. Hystérectomie. Guérison.

Malade âgée de 30 ans, a présenté après une injection intra-utérine d'eau de savon, une dyspnée intense, une métrorragie, de la cyanose. Le pouls bas à 70. Râles au niveau des champs pulmonaires. Le toucher combiné au palper montre un utérus gravide de 4 mois, sonore à la percussion. Le col est fermé, pas de ballonnement fœtal.

En raison de l'étiologie on pratique une laparotomie.

L'utérus est turgescent, de couleur hortensia et jaillit dès l'ouverture. Hystérectomie subtotale en bloc. Drainage. Guérison.

Examen de la pièce : œuf intact, décollé sur la moitié de son étendue, contient du liquide amniotique et de l'air en quantité notable. Fœtus mort. La paroi utérine est spongieuse, gorgée d'air; l'expression en fait sortir des bulles gazeuses par la tranche de section.

Conclusion : cette embolie gazeuse n'était pas visible dans les gros faisceaux des ligaments larges à l'intervention. Pourtant l'embolie gazeuse avec œdème pulmonaire ne fait pas de doute.

La sonorité utérine, signe rare, est à retenir.

OBSERVATION N° 8. (J. Bonnel.)

Mort subite au 2^{me} mois de la grossesse après injection intra-utérine d'une solution forte d'eau savonneuse. Cette injection peu abondante, pratiquée sans pression, fut suivie de violentes douleurs dans le bas-ventre, avec état de choc amenant la mort en quelques minutes.

A l'autopsie, cinq heures après le décès. Utérus globuleux, couleur rouge foncé avec plaques ardoisées noirâtres et une séreuse décollée, lisse et brillante. Les trompes et les ovaires sont infarcis et gonflés de sang hémolysé et noirâtre. La paroi utérine est profondément altérée par une hémorragie disséquante. L'œuf décollé nage au milieu des caillots. Pas de signes de perforation ni d'infection. La pièce sent le savon.

OBSERVATION N° 9. (Moiroud et Escarras.)

Femme de 37 ans, mère de plusieurs enfants. Etat de grossesse 3 mois. Entre à l'hôpital pour « retention placentaire avec état général grave, subo-clusion, oligurie ».

5 jours auparavant, injection intra-utérine de 500 cc. de savon noir, suivie quelques heures après d'une injection de savon blanc. Le lendemain nouvelle injection d'eau bouillie simple, et prise de plusieurs cachets de quinine et 2 grs d'aspirine.

L'avortement se produit mais le placenta n'est pas expulsé. Un médecin adresse la malade avec le diagnostic de rétention placentaire avec réaction péritonéale. De fait, on constate du météorisme abdominal, mais sans défense ni contracture. La température est de 37° 2. Pouls 86. Le cathétérisme vésical ramène 200 cc. d'urine renfermant du sang en quantité abondante. Au T.V. le fond utérin arrive à mi-chemin de l'ombilic. Le col est entr'ouvert. Les paramètres sont souples, les annexes non perceptibles. Le courage ramène des débris placentaires sphacelés d'odeur nauséabonde.

La diurèse est minime. On cherche à la rétablir par une thérapeutique appropriée, mais sans succès. 55 cc. d'urine noirâtre sont retirées. De plus la malade présente un grand frisson avec vomissements. La température est de 40°, le pouls à 140. Le chirurgien de garde appelé procède à une nouvelle vérification utérine : La cavité est libre. On injecte du sérum de Vincent.

Le lendemain l'état empire, il y a du subictère, l'oligurie devient presque absolue et une diarrhée fétide s'installe.

L'état de collapsus s'aggrave, le ventre reste météorisé sans contracture ni défense et le décès survient.

L'azotémie était de 4 gr. 40. La vérification de la cavité abdominale a été faite à la 12^{me} heure. Le corps était déjà en état de

décomposition avancée, pas de liquide dans la cavité péritonéale, aucune fausse membrane. Les anses intestinales sont distendues par des gaz. L'utérus est gros et noirâtre avec des plaques sphacélées. Sur le fond, une plaque de sphacèle est plus développée. Elle intéresse toutes les parois qui cependant ne sont pas perforées.

Examen anatomo-pathologique (Prof. Mosinger) : tissu musculaire utérin en état de cytolysé avancée. Deux faits cependant retiennent l'attention : 1° un processus d'endardérite chronique des gros vaisseaux utérins ; 2° la présence dans les interstices musculaires de nombreux germes anaérobies et de coccies.

En résumé : gangrène utérine.

OBSERVATION N° 10 (Thèse Harel, Paris 1938.)

Femme de 22 ans, I pare. Dernières règles le 16 septembre 1937. Pratique le 8 décembre une injection intra-utérine d'un demi-verre d'eau de savon. Le 9 décembre légères douleurs abdominales et lombaires. A 13 heures, violente céphalée, frissons, diarrhée, vomissements bilieux, violentes douleurs lombaires irradiant vers les cuisses et les jambes. Température 39°6, quelques pertes de sang rouge.

Le 10 décembre entre à l'hôpital avec un faciès intoxiqué, langue sèche, rôtie, et subjctère. Température 38°6, pouls 130. T.A. 6-4.

L'abdomen est douloureux et présente une défense musculaire nette. Au T.V. culs de sac très douloureux. Le volume utérin ne peut être apprécié. Col entr'ouvert, pertes très fétides. Urée 0,41 0/00. Formule sanguine G.R. 4.600.000, G.B. 33.000. Hémoculture négative.

Deux heures après son entrée, laparotomie. (Ether.) Peu de liquide. L'utérus, gros comme une tête de fœtus à terme, est friable et sphacélé. Hystérectomie subtotale. Pincés à demeure. Mickukicz. Fil d'argent sur paroi. L'état général s'aggrave. Le lendemain, température à 40°, pouls très rapide, vomissements bilieux, et le décès survient.

OBSERVATION N° 11. (Thèse Harel.)

Malade âgée de 16 ans, I pare, a pratiqué il y a six jours une injection intra-utérine d'eau de savon pour un retard de deux mois. Le lendemain se produit l'avortement.

Le 9 avril 1937, elle accuse de violentes douleurs abdominales avec tendance au collapsus, et présente des hémorragies.

Le 10 avril entre dans le service. Température 40°. La malade est exsangue. Pâleur cireuse. Pouls rapide mais bien frappé.

A l'examen, le ventre est souple non douloureux. Au T.V. l'utérus est gros, les culs de sacs libres, le col est ouvert. Une révision utérine sous anesthésie ramène des débris placentaires sphacelés d'odeur fétide.

La mort se produit dans l'heure qui suit. (Coma, respiration de Sheyne-Stokes.)

OBSERVATION N° 12. (Thèse Harel.)

Femme de 24 ans, III pare. A présenté ses dernières règles le 28 janvier 1936. Le 18 avril a pratiqué une injection d'eau de savon. Le lendemain expulsion du fœtus et du placenta. Depuis, métrorragie avec caillots.

Le 23 avril, pertes fétides. Pas de douleurs abdominales. T. 38°3.

Le 25 avril. T. 40°, frissons. Pas de vomissements ni de diarrhée.

Le 26 avril, vient consulter à l'Hôpital.

A l'examen : pâleur. T. 40°. Ventre souple non douloureux.

Au T.V. col entr'ouvert. Corps un peu augmenté de volume, légèrement douloureux. Culs de sacs libres. Pertes très fétides avec débris de muqueuse sphacelée.

Propidon (3 cc., 3 cc., 4 cc.).

Pendant 6 jours on pose des lamineires en faisceaux, et une mèche de sérum anti G.G. dans le vagin.

Le 7^{me} jour la température redevient normale.

La guérison s'obtient le 10 mai.

OBSERVATION N° 13. (Thèse Toublanc, Paris 1939, obs. N° 8.)

Femme âgée de 21 ans, a pratiqué quarante-huit heures auparavant, une injection intra-utérine d'eau de savon avec une sonde rigide, effilée, pour un retard de deux mois.

Vient consulter le 29 novembre. A l'examen léger ballonnement abdominal, col utérin non ouvert, culs de sacs douloureux. Glace sur le ventre, propidon.

Le 1^{er} décembre. Douleurs abdominales, vomissements, arrêts des matières et des gaz, pas d'hémorragie ni de pertes fétides. T. 40°, pouls rapide, abdomen ballonné, météorisme net et contraction sous-ombilicale surtout dans la fosse iliaque gauche.

Au T.V. col fermé, culs de sacs très douloureux, la mobilisation utérine fait crier la malade. Au toucher vaginal combiné au palper, le col utérin est plus gros que de deux mois.

Au spéculum le col utérin est bleu.

Le 2 décembre au matin, laminaire N° 10, le soir N° 18.

Le 3 décembre, sous anesthésie générale curetage (Moisnard). Dilatation aux bougies de Hégar, incision antéro postérieure du col. La dilatation obtenue il s'échappe un flot de pus et de gaz fétides. Une grosse curette mousse, prudemment maniée, ramène une anse grêle, désinsérée et grisâtre. Laparotomie immédiate. On trouve un magma d'anses grêles adhérentes entre elles et avec l'utérus, baignant dans un pus fétide. On fixe une anse grêle à la peau, drain et on ferme. Peu après fistule de l'anse grêle. Le 17 décembre, la malade quitte l'hôpital et meurt chez elle.

OBSERVATION N° 14. (Pajerna, in-thèse Toublanc, obs. N° 20.)

Manœuvres mixtes : instrumentale et injection de savon. L'injection fut suivie de douleurs atroces et de vomissements. La malade est venue consulter huit jours après à l'hôpital. Elle présentait des signes péritonéaux très nets; abdomen contracté, rétracté et des signes de septicémie. Mort le lendemain. A l'autopsie : gangrène utérine à l'union du corps et du col, large perforation au même niveau, et deux autres petites perforations sur le fond utérin.

OBSERVATION N° 15. (MM. Palliez et Gernez.) — Rupture de grossesse tubaire. Ablation de la trompe. Guérison.

Femme âgée de 34 ans. Retard des règles 15 jours.

Pratique le matin une injection intra-utérine d'eau de savon avec sonde rigide et sous pression. Des douleurs dans le bas-ventre, une métorrhagie ont suivi immédiatement. La malade s'est mise au lit. Dans la soirée : asthénie, vomissements répétés.

A l'examen : abdomen tendu, résistant et douloureux dans la zone inférieure.

Au T.V. peu de renseignements, col fermé, culs de sacs libres, l'examen est douloureux. T. 37°8. Pouls à 100.

Le diagnostic est hésitant. On pense à une réaction péritonéale ayant suivi les manœuvres abortives. On attend. Etat général bon. Glace sur le ventre, morphine.

Le lendemain abdomen contracturé, impalpable, très douloureux.

Au T.V. pas de signes nouveaux : un peu de sang noirâtre s'écoule du vagin. T. 38°. Le pouls est petit, bat à 140. On intervient en pensant à une perforation utérine.

Laparotomie sous-ombilicale : sang en grande abondance dans le péritoine. Rupture de la trompe gauche gravide. Ablation de la trompe. Pas de drainage. Guérison.

OBSERVATION N° 16. (Delalande et Garnier.) — *Un cas de septicémie ou toxémie hémolysante consécutive à une injection d'eau savonneuse.*

Mme H... 29 ans. 1^{er} pare. Vue le 10 août, à 23 h., pour un début de fausse-couche accompagnée de violentes douleurs. Dernières règles le 15 juin dernier.

Elle avoue tout de suite que son mari lui a fait une injection intra-utérine d'eau savonneuse le même jour à 17 heures. Elle ressentit tout de suite une forte douleur suivie d'une légère émission sanguine. Actuellement, l'utérus est contracturé et très douloureux, le col fermé, l'écoulement sanglant très modéré. Le diagnostic de décollement provoqué de l'œuf est évident, mais aucun signe ne permet de porter un pronostic grave. Traitement d'attente : injection de morphine et d'atropine.

Revue le lendemain matin, la malade souffre toujours beaucoup, mais l'injection n'a pas amené la sédation habituelle, ce qui étonne et permet déjà de faire des réserves sur la marche de l'affection. Du côté utérin, léger début de travail. L'état général est bon. Température 38°, pouls en rapport. L'expectative semble être la seule conduite à envisager pour le moment, l'avortement paraissant devoir être spontané.

Des occupations urgentes empêchent de revoir la malade le même soir. Le lendemain matin, 12 août, (soit quarante heures après l'injection), l'aspect a complètement changé. La malade présente un ictère très prononcé de tout le corps, nullement comparable à la jaunisse des hépatiques. Les urines sont épaisses et de couleur acajou foncé. Le diagnostic de septicémie hémolysante (probablement à perfringens) est posé. La malade transportée dans une clinique chirurgicale, on pratique aussitôt (Dr Pouliguen) une hystérectomie.

L'utérus enlevé présente un infarctus du fond : amas de bouillie, limité seulement du côté péritonéal par un tissu d'environ 1 mm. d'épaisseur. Les annexes droites présentent une coloration noirâtre. Fermeture, Mickulicz.

Recherches sanguines et urinaires après intervention : existence d'hémoglobihémie et urie, mais aucune culture ne pousse. Urée 0 gr. 70. T. 38°.

On prescrit 1 litre de sérum glucosé et 40 cc. de sérum artificiel polyvalent. La thérapeutique consistera en injections de sérum artificiel, injections de sérum glucosé et salé hypertonique et en toni cardiaques.

Les urines, diminuées au début, atteignent 960 cc. dès le lendemain, même coloration. Elles augmentent dans les jours suivants pour atteindre 2 litres au bout d'une semaine et redeviennent normales en quantité et en couleur.

La température, mis à part une petite poussée attribuable à un épisode pulmonaire passager, oscille entre 38° et 39° et redescend le lendemain.

Parallèlement la coloration de la peau va en décroissant. Pas de variations importantes dans la T.A.

La malade sort guérie au bout de trois semaines.

OBSERVATION N° 17. (Thèse Harel, Paris 1938. Obs. N° 4.)

Après une injection intra-utérine d'eau de savon la malade a ressenti de violentes coliques, frissons, vomissements, T. élevée.

Neuf jours après (29 décembre), entre à l'hôpital. Subictère, agitation. Temp. 40°6, langue sèche, rôtie, urines très rares foncées, diarrhée profuse, myalgies aux quatre membres, violentes douleurs lombaires qui font crier la malade. Pouls rapide irrégulier. T.A. imprenable.

A l'examen : ventre souple non douloureux. Au T.V. col largement ouvert, utérus gravide de deux mois. Un curage sous-anesthésie ramène l'œuf.

Le lendemain, 30 décembre : ictère intense rouge cuivré, extrémités froides, pas de vomissements. Lucidité intacte. Urines de plus en plus rares et foncées.

Le 31 décembre, transfusion de 300 cc. et injection de 200 cc. de sérum glucosé hypertonique I.V.. Bonne nuit, T. tombe à 38°. L'ictère est moins foncé mais l'anurie est complète. Taches ecchymotiques apparaissent aux jambes. Urée 1 gr. 84.

Présence de *Perfringens* dans les urines.

La mort se produit le 2 janvier.

OBSERVATION N° 18. (Thèse Harel.)

Injection intra-utérine d'eau de savon pratiquée le 23 janvier 1937 pour une grossesse de deux mois et demi. Dans la nuit expulsion du fœtus. La malade reste couchée, puis retravaille cinq jours après. Le septième jour elle ressent de violentes coliques. T. 39°. Vomissements. Des soins médicaux lui sont donnés en ville pendant quelques jours. Le 6 février vient consulter à l'hôpital. Les vomissements persistent. T. 39°. A l'examen toxémie intense, vomissements incoercibles bilieux. Pouls rapide imperceptible. T.A. 7-5. Légère défense abdominale. Au T.V. col mou, entr'ouvert, utérus non douloureux. Urée 1 gr. 80.

Laparotomie (éther) Pus libre dans le péritoine. Anses intestinales rouges avec F.M., une bride inflammatoire sur l'utérus avec une anse intestinale dilatée (occlusion). Poche de pus fétide dans le Douglas. Drainage abdominale. Mickulicz dans le Douglas. Suites opératoires excellentes. Guérison un mois après.

OBSERVATION N° 19. Thèse Lyon 1940. Obs. 5, N° 541.) —

Infection post-abortionum. Phlegmon ligneux des ligaments larges droits. Phlébite du membre inférieur droit.

Pour une grossesse de trois mois, une femme pratique les manœuvres suivantes : Mise en place d'une sonde, puis injection d'eau savonneuse et sédatif. Quelques jours après, pas d'expulsion ni de débris, mais pertes fétides pendant quinze jours. Grande asthénie. Un médecin pratique, à domicile, un curage qui ramène des débris placentaires. Deux jours après température oscillante entre 39° et 40°.

Le 20 mai 1939 entre à l'hôpital (clinique obstétricale). T. 39°, pas de douleurs, pas de pertes. Abdomen souple.

Au T.V. utérus en bonne position, col normal, facilement mobilisable. Il existe une masse dure, cylindroïde, de 4 cm. de large sur 3 cm. de long, à la partie postérieure du cul de sac latéral droit et du Douglas, séparée de l'isthme utérin par un sillon très net (phlegmon ligneux très probable de la base du ligament large).

1^{er} juin. — Température oscillante 38°-40°, mais elle tend à baisser depuis deux jours. (Frissons quelques jours auparavant, hémoculture sans résultat.) Douleur à la jambe droite, avec légère rougeur mais pas d'œdème. T.V. inchangé.

4 juin. — Petites douleurs au mollet et au talon droit. T. 39°4, pouls 140. Œdème du membre inférieur droit avec cordon veineux dans le triangle de Scarpa. (L'hémoculture qui était négative les deux premiers jours montre aujourd'hui des staphylocoques.)

Le 10 juin, T. 38°, pouls 120. Pas de frissons. Point de côté base pulmonaire droite. L'auscultation est négative.

Le 13 juin. Épanchement pleural droit, souffle doux.

Le 25 juin. Température et pouls redeviennent normaux, l'épanchement se résorbe (frottements superficiels).

Le 26 juin. Point de côté sous omoplate droite. Tendance synopale (morphine, camphre, immobilité).

Le 4 juillet. L'auscultation est négative.

Le 22 juillet. Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal. La malade sort guérie.

OBSERVATION N° 20. (Thèse Harel.)

Femme de 39 ans. III pare. A pratiqué une injection intra-utérine d'eau de savon pour une gestation au début. Deux jours après entre à l'hôpital. A l'examen pâleur extrême. T. 39°, faciès péritonéal. Pouls imperceptible. Ventre ballonné, inopérable. La mort survient quatre heures après l'entrée.

OBSERVATION N° 21. (Yovanovitch.)

Femme se croyant enceinte de vingt jours, pratique une injection intra-utérine d'eau de savon qui provoque : douleur synopale immédiate. Les accidents de péritonite vont bientôt apparaître. A l'intervention trompe gauche perforée et infarctée.

.....

EAU DE JAVEL

OBSERVATION N° 22. (Jacques Bastien.)

Femme âgée de 30 ans. Pratique le 30 juillet 1940 une injection intra-utérine d'eau de javel pour une grossesse de deux mois et demi. Transportée en clinique immédiatement, elle présente une hémorragie légère vite tarie, malaise général pendant quelques heures. Claquements de dents, frissons.

Au milieu de la nuit : nausées, vomissements.

Le 31 juillet, elle marche pendant plusieurs heures puis est obligée de s'aliter. Elle présente dans la nuit un violent frisson qui dure un quart d'heure et qui se répète le matin. Le 1^{er} août : T. à 40°. Un médecin pratique un curetage et prescrit le Dagenan pendant quatre à cinq jours. Les suites sont normales jusqu'au 4 août. La T. remonte à 39°. Les urines sont rares, une douleur lombaire gauche apparaît.

Le 7 août. T. 38°8. Pouls régulier, traits tirés, pertes insignifiantes sans odeur. Au T.V. utérus gros, lourd extrêmement sensible. Col à peu près fermé. Cul de sac gauche légèrement empâté et douloureux. Quelques heures plus tard se produit une aggravation brutale, la malade est angoissée, en sueurs. La respiration est brève superficielle. Lèvres légèrement cyanosées. T. 40°4. Pouls petit, filant. Douleurs abdomino pelviennes. Défense de la paroi abdominale au niveau de l'étage sous-ombilical.

A 19 heures, on pratique une laparotomie (éther). Pas de liquide intrapéritonéal. Trompe droite présente des lésions de salpingite ancienne. L'utérus est gros et mou, de couleur normale. Trompe gauche très malade, augmentée de volume, coloration rouge vineux, aubergine, paraît gorgée de sang.

Hystérectomie subtotale. Mickulicz. Trois mèches dans le Douglas, paroi fermée par des crins doubles.

Examen de la pièce. — Trompe gauche contient du sang sous tension et des caillots. Dans l'utérus, quelques débris placentaires non enlevés par le précédent curetage, la muqueuse est noirâtre. Pas d'examen histologique.

Evolution clinique : Du 7 au 11 août, suites simples. Le 11, violent frisson de trois quarts d'heure. Abscès de fixation, transfusion de 150 cc. Frissons peu nombreux, très violents, et très prolongés jusqu'au 13. Transfusion 200 cc. La température revient peu à peu à la normale.

Pendant un mois accidents pyohémiques : abcès d'une cuisse, abcès du Douglas, abcès du poumon avec vomique nummulaire, phlébite pelvienne. Puis la guérison survient.

OBSERVATION N° 23. (Thèse Harel.)

Femme âgée de 27 ans. Pratique le 21 mars, après la pose d'une sonde à demeure pendant trois heures, une injection intra-utérine d'eau de javel suivie d'une injection d'eau pure.

Le 22 mars : légère hémorragie, peu de douleur, T. 39°, vomissements, frissons.

Le 24 mars : entre à l'hôpital. On pratique un curetage à la curette tranchante. Mèches iodoformées intra-utérines.

Le 25 mars entre à la Maternité. Abdomen ballonné, tendu. Vomissements. Cyanose des membres inférieurs et de l'abdomen. Diarrhée, Pouls à 140. T. 40°8. Défense abdominale. Les culs de sacs vaginaux sont douloureux. On pratique une hystérectomie sub-

totale. A l'intervention : anses intestinales rouges avec fausses membranes. Pus dans le Douglas. Sphacèle utérin au niveau de la corne droite de l'utérus.

La mort se produit dans l'heure qui suit.

OBSERVATION N° 24. (Thèse Harel.)

Femme âgée de 30 ans. Pratique le 5 septembre 1936 une injection intra-utérine d'eau de javel pour un retard de deux mois et demi, l'avortement est immédiat. Dix jours après vient consulter à l'hôpital pour un mauvais état général. Pendant dix jours on pose des faisceaux laminaires pour drainer la cavité utérine. Des débris sphacéliques d'odeur infecte sont expulsés (propidon, sérum de Vincent). T. oscillante. Deux frissons.

Le 12^{me} jour perte de sang rouge. Au T.V. annexes gauches grosses et douloureuses. T. remonte. La femme est très fatiguée.

Le 15^{me} jour, défense abdominale. Pouls à 120. Vomissements. Le T.V. est extrêmement douloureux.

Hystérectomie d'urgence : pus libre dans le Douglas. Grosse salpingite gauche. Utérus gros et mou, présentant des fausses membranes. La guérison survient après deux mois.

OBSERVATION N° 25. (Thèse Harel.)

Malade âgée de 30 ans. III pare. Dernières règles du 6 au 10 mars 1936.

Le 1^{er} et le 9 mai a pratiqué deux injections intra-utérine d'eau javellisée. Après la dernière injection elle a éprouvé des nausées. Aucune perte de sang.

Le 13 mai, troisième tentative. Quelques minutes après elle présente des vomissements, la température est à 39°.

Le 14 mai, l'état général est touché, la malade présente des vomissements matin et soir, température 39°2. Elle éprouve de violentes douleurs abdominales à type de coliques, et présente de petites pertes de sang rouge.

Le 15 mai elle vient consulter à l'hôpital. Température 38°8. Céphalée intense, frissons.

Le 16 mai, température 40°. Asthénie très grande, aspect d'infection générale. Abdomen souple non douloureux. Au T.V. col perméable à un doigt. Le corps utérin remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On pose trois laminaires en faisceau. Absès de fixation. Sérum de Vincent.

Le 18 mai, l'amélioration se dessine, température 37°8, on pose à nouveau trois laminaires (30. 17. 17.) l'abcès ne prend pas.

Le 20 mai, frissons, température 40°, odeur infecte des pertes. On place une mèche et des laminaires. Sérum anti-G.G. Le 23 mai, mêmes symptômes, mais odeur moins fétide des pertes. T. 37°. Pas de douleur dans les culs de sacs.

Le 6 juin, guérison.

.....

PERMANGANATE DE POTASSE

OBSERVATION N° 26. (Cabanie, Decrop et Mlle Lafond.)

Infarctus utéro-ovarien et nécrose élective d'un fibrome utérin chez une femme non enceinte.

La malade, se croyant enceinte de deux à trois mois a pratiqué, à l'aide d'une poire en caoutchouc, une injection intra-utérine de permanganate de potasse à la concentration de 0 gr. 35 pour 100 à 150 cc. d'eau.

À la douzième heure, la femme inquiète, intoxiquée, présente des nausées et souffre du bas-ventre. Température 39°5, le pouls est en rapport. On constate une contracture moyenne des muscles droits. Au T.V. et au T.R. grosse masse très douloureuse dans le Douglas.

À la 21^{me} heure. Faciès intoxiqué, langue rôtie. Pouls à 110 mou et instable. T.A. 15-7. Contracture généralisée, mais réductible, de la paroi abdominale. Au T.V. masse inchangée, col fermé, un peu ramolli. Intensité des couleurs spontanées provoquées. Au T.V. sous-anesthésiée, gros utérus rétrofléchi, mobilisable sans annexite. Grande irrégularité dans la masse utérine.

Diagnostic à ce stade : 1° tumeur utérine irrégulière (Fibrome?); 2° injection caustique et peut-être septique avec accidents locaux et généraux; 3° possibilité de grossesse utérine ou extra, confondue avec le fibrome. Mais pas de signes de grossesse cependant et par ailleurs notion d'annexite droite en France.

À la 22^{me} heure, on pratique une laparotomie. On trouve : pus entre les anses, sans limitation. Congestion du péritoine pévien. Pas de salpingite. Ovaire droit infarcté. Masse utérine irrégulière dont une grosse bosselure nécrosée remplit le Douglas. Hystérectomie subtotal. Conservation des annexes gauches. Aucune péritonisation. Mickulicz. Sérum physiologique intraveineux 1 litre, cardiotonique, adrénaline. L'examen de la pièce montre que l'utérus est nécrosé au niveau de la corne droite avec odeur putride. Cette nécrose va jusqu'au péritoine inclus et s'étend sur une large surface. C'est cette corne utérine nécrosée saillante et rétrofléchie qui remplit le Douglas. Un petit kyste fœtal (?) diamètre 5 cm., à paroi déchirée s'effritant comme un tissu placentaire altéré à la moindre pression contient un fragment de 1 cm. environ envoyé au laboratoire.

Diagnostic après intervention : 1° grossesse angulaire droite, nécrosée avec odeur putride; 2° utérus avec fibrome intersticiel de 4 cm. de diamètre, en voie de nécrose. La muqueuse utérine nullement altérée n'atteint pas l'épaisseur habituelle d'une caduque.

L'examen anatomo-pathologique a précisé le diagnostic.

Paroi du kyste : tissus fibreux avec revêtement épithélial par places, flasques, hémorragiques, avec infiltration inflammatoire abondante entre les fibres conjonctives œdématisées.

L'ovaire : tissu conjonctif dense avec cicatrices de corps jaunes. Gros vaisseaux assez nombreux avec thromboses artérielles et veineuses. En certains points caillots en voie d'organisation. Lésions endovasculaires avec épaississement des parois.

Le fibrome : fibres altérées se colorant mal. Zone de nécrose avec œdème interstitiel. Vaisseaux thrombosés mais lésions moins marquées qu'à l'ovaire.

L'utérus : hypertrophie glandulaire au niveau de la muqueuse. Les glandes plongent dans un stroma œdématisé. Muscle utérin peu altéré. Pas de lésions vasculaires à part une infiltration inflammatoire périvasculaire.

Conclusions : Lésions principales sur l'ovaire et le fibrome. A ce niveau la thrombose est la plus marquée, expliquant la nécrose. Muqueuse utérine comparativement non altérée. Pas de tissu placentaire. Le fœtus (?), friable, n'a rien donné à la coupe. La muqueuse utérine n'est pas celle d'une grossesse. Il s'agit d'une double lésion : d'infarctus et de nécrose.

Les suites opératoires sont difficiles. La malade présente une acidose. Vomissements bilieux au bout de huit jours, acétone dans les urines, sang et glucose. Rapport chl. globulaire et plasmatique 0,676 du type acidose. Urée sanguine normale. On injecte sérum glucosé additionné de 15 à 20 unités d'insuline tous les jours.

Le 2^{me} jour : chl. glob. / plasm. : 4,02 / 5,22 = 0,7 acétonurie sans glycosurie, traces d'albumine.

Le 3^{me} jour : chl. glob. / plasm. : 5,01 / 7,56 = 0,63 plusieurs selles, ballonnement abdominal moyen, hoquet qui durera jusqu'au 6^{me} jour.

Le 4^{me} jour : rapport 3,61 / 5,33 = 0,60 pas d'acétonurie.

Le 8^{me} jour : rapport 2,67 / 4,67 = 0,50. normal.

Le 12^{me} jour le Mickulicz est enlevé. Le 15^{me} jour pyrosis violent. Le 16^{me} jour hémorragie de plus d'un litre dans le pansement, masse intra-abdominale à la hauteur de l'ombilic, indépendante et distante de la fosse iliaque gauche, perceptible jusqu'au 30^{me} jour. Le 23^{me} jour incontinence du sphincter anal, disparaît 10 à 15 jours après. Le 40^{me} jour guérison.

Revue trois ans plus tard, excellente santé.

OBSERVATION N° 27. (Brette.)

Femme de 26 ans, entre à l'hôpital le 29 février 1937 pour une métrorragie survenue au troisième mois de la grossesse avec température à 40°. Le début remonte au 21. Frissons le 23. Malade non choquée qui vomit et souffre par intermittence. A l'examen : utérus de trois mois, corne droite et fond sensibles. Pas de défense abdominale, poulx à 112. Le lendemain fœtus évacué spontanément. Instabilité thermique, petits frissons. Formule sanguine G.R. 4.340.000, G.B. 27.600, polynucléaire 92 %. Le curage digital ramène un placenta grisâtre. Le 25 (soit le 11^{me} jour), T. normale, formule sanguine G.R. 4.400.000, G.B. 32.000, polynucléaire 94 %. Les jours suivants, instabilité thermique, quelques frissons, T. le soir 38°2-38°8. Deux abcès de fixation. Le 30, état général passable. Léger tympanisme abdominal. Utérus, annexes droites et ligaments larges forment un seul bloc. Formule sanguine G.R. 3.460.000, G.B. 10.600, poly. 85 %. Poulx à 120, hémoculture négative.

On obtient alors les aveux du mari, qui déclare que sa femme a pratiqué une semaine avant son entrée à l'hôpital une injection intra-utérine de solution de permanganate de potasse.

L'intervention pratiquée immédiatement révèle un utérus gangrené, veines et artères utérines thrombosées par un magma solide duquel sortent de petites bulles de gaz. Examen de la pièce : muqueuse utérine sphacélée d'odeur repoussante.

La mort survient deux heures après l'intervention.

VINAIGRE

OBSERVATION N° 28. (Demarez et Linquette.) — *Avortement au cinquième mois par injection intra-utérine de vinaigre pur. Nécrose du fond de l'utérus. Pelvipéritonite putride. Hystérectomie le quatrième jour, guérison.*

Malade âgée de 30 ans, entre dans le service du Prof. E. Delanoy le 10 juin 1938. Trois jours auparavant métrorragie, et depuis, progressivement, état infectieux où dominant : prostration, anémie, cyanose légère, subictère. Dissociation du pouls et de la température (120 pulsation pour T. 37°8). Diarrhée. A l'examen, abdomen douloureux au palper sous-ombilical. Sans contracture ni ballonnement. Au T.V. col ramolli, ouvert. Utérus douloureux, mou, bloqué contre une masse à limites imprécises qui comble tout le cul de sac droit. Le gauche est libre. Au spéculum : col largement ouvert, lochies grisâtres extrêmement fétides. Examen microscopique de celles-ci montre des staphylocoques et des diplocoques variés sans spécificité. Muqueuse cervicale recouverte d'un exsudat blanchâtre. (L'aspect évoque une escarre chimique.)

Diagnostic posé : abortus criminel compliqué de paramétrite ou de pelvipéritonite. Mise en observation.

Ving-quatre heures après : intervention, anesthésie minima au balsoforme. Paroi abdominale infiltrée d'une sérosité grisâtre. Péritoine noirâtre. A l'ouverture, gaz abondants et très fétides. La moitié sous-ombilicale de l'abdomen est bloquée par le sigmoïde et un agglomérat d'anses grêles recouvertes de fausses membranes épaissies et grisâtres. Le petit bassin rempli de liquide noirâtre d'odeur fétide cadavérique. Tout le premier temps opératoire ressemble à une autopsie.

L'utérus augmenté de volume atteint la grosseur d'un poing d'adulte. Il est grisâtre, mollassé, coiffé au niveau de la corne droite par une masse noirâtre du volume d'une orange que contourne en bas la corne utérine. Le péritoine pelvien, les ligaments larges, les annexes gauches, sont infiltrés d'œdème et très friables. Hystérectomie subtotale rapide. Drainage vaginal par forage du col. Mickulicz pelvien. Suture de la paroi en trois plans, soie.

L'examen de la pièce montre une perforation à bords évasés, sphacéliques au niveau de la corne droite. Son orifice pelvien est coiffé d'une masse noirâtre qui est une hémorragie intra-ligamentaire providentielle (le caillot a permis au péritoine pelvien de réagir et de bloquer le petit bassin par agglomération d'anses intestinales). Parois utérines épaisses et molles. Cavité vide de débris placentaires. Muqueuse grisâtre, épaisse et très friable.

Les suites opératoires sont favorables contre toute attente. Soins locaux et dérivés sulfaminés 1162 F. Thérapeutique interrompue le quatrième jour pour cyanose. L'amélioration est tout de même sensible de jour en jour. Dix jours après, guérison, mais fistule stercorale sur le sigmoïde. La malade sort guérie le 16 août 1938.

L'étiologie n'a été connue qu'après l'intervention : Injections intra-utérines répétées de vinaigre pur sous faible pression avec une canule semi-rigide de faible longueur.

OBSERVATION N° 29. (Brette.)

Femme âgée de 38 ans, mère de quatre enfants, retard de un mois, pratique le 22 avril 1937, avec une sonde en caoutchouc, une injection intra-utérine d'eau vinaigrée. Elle présente des petites pertes de sang rouge, un malaise général et vient consulter à l'hôpital le 25 avril. Son aspect est très infecté. Faciès jaune, lèvres cyanosées. Odeur fétide. Au T.V. on sent dans l'isthme un œuf entier, pourri, d'odeur infecte. Les culs de sacs sont souples, insensibles. L'utérus n'est pas douloureux. Il n'existe pas de contracture ni de défense abdominale. La malade est en état de stupeur. T. 37°1, pouls 122, T.A. 13-10, indice I.

On pratique sous anesthésie au balsoforme, une hystérectomie subtotale classique. Le contenu de la cavité péritonéale est en état de stupeur. L'intestin grêle refoulé par la position de Trendelenburg, le sigmoïde et le rectum apparaissent légèrement distendus

par des gaz. Ils sont immobiles, translucides, porcelainisés très légèrement phosphorescents sous le scialitique. « Sujet de cire du Musée Grévin ». L'utérus et les annexes présentent le même aspect porcelainisé. Très légère sérosité dans le Douglas. Péritonisation facile et minutieuse. Fermeture sans drain en trois plans. Greffe d'ovaire (méthode Douay).

Examen de la pièce : A l'ouverture, plaque de sphacèle au-dessous de la corne gauche s'enfonçant en coin dans le parenchyme utérin.

Sérum physiologique, sérum glucosé, adrénaline, strychnine, camphre. Pas d'urines le 25. Le 26 lavage d'estomac. Sérum hypertonique I.V. Solution camphrée. Urée sanguine : 1 gr. 15. Urines 200 cc. Le 27, urée sanguine 0,87. Urines 600 cc. (28 gr. d'urée pour 1.000, 2 gr. 5 de chlorure pour 1.000, traces d'albumine. Pas de pigments biliaires). Un scillarène I.M. Sérum hypertonique I.V.

Le cinquième jour : les urines dépassent 1 litre. La T. monte à 38°5 pour redescendre deux jours après. La malade sort guérie en quinze jours.

INFUSION DE CAMOMILLE

OBSERVATION N° 30. (Brette.)

Malade âgée de 22 ans, I. geste, enceinte de quatre mois, expulse dans la nuit du 17 au 18 octobre 1935, un fœtus. Le placenta est retenu. On obtient l'aveu de l'injection intra-utérine d'une infusion de camomille pour provoquer l'avortement.

Le faciès est bon. Le pouls normal, T. 37°5. Glace sur le ventre.

Le 22 octobre, brutalement, la malade présente de violentes douleurs abdominales, des vomissements répétés, température à 40°. Défense généralisée de la paroi abdominale.

On intervient immédiatement. Hystérectomie subtotale.

L'utérus est gros, oedémateux. Les deux trompes sont rouges vif écarlate. Il y a du liquide rouge dans l'abdomen. Mickulicz. La guérison survient le trentième jour.

Examen de la pièce : montre un polype placentaire sphacélé.

EAU IODÉE

OBSERVATION N° 31. (Thièse Harel.)

Femme de 27 ans, IV pare, dernières règles le 5 juin 1937, entre dans le service le 24 juillet. La veille a pratiqué une injection intra-utérine avec une sonde dure d'un quart de litte d'eau iodée. Elle a présenté immédiatement après l'injection des douleurs violentes et des vomissements. Le liquide injecté fut expulsé après une heure environ.

Le lendemain : frissons répétés. T. à 40°.

A son entrée dans le service : faciès plombé, T. 39°5, intolérance gastrique absolue. A l'examen le ventre est souple. Au T.V. l'utérus, augmenté de volume, est très dur, et non douloureux.

Les culs de sacs sont libres.

L'agitation de la malade est extrême.

Le 25 juillet elle présente un ictère intense avec placards ecchymotiques. T. 39°. Pouls filant, urines très rares foncées, dyspnée siné-matéria. La mort survient à 19 heures.

L'examen des urines n'a pas montré de germes à l'examen direct, mais l'ensemencement s'est révélé positif aux Perfringens. L'hémoculture était négative. Urée sanguine 1 gr. 50.

OBSERVATION N° 32. (Thèse Harel.)

Femme âgée de 32 ans. Retard de deux mois et demi. Pratique le 9 septembre une injection intra-utérine d'eau bouillie additionnée de Dakin. Cette injection provoque quelques hémorragies qui cessent bientôt. L'état général s'altère.

Le 19 septembre elle vient consulter à l'hôpital. La T. est à 39°2. Le ventre est souple. Au T.V. utérus gravide de deux mois et demi, col fermé. On pratique 1 injection de 3 cc. de propidon.

Le 22 septembre, l'avortement spontané se produit. On pratique un curage digital.

Le 29 septembre. T. 40°. Ventre souple. Au T.V. masse latéro-utérine droite très douloureuse. L'utérus est bloqué.

Le 3 octobre, T. 40°1. Même état que la veille. Pouls à 120.

Le 4 octobre, défense abdominale très nette. Pouls à 130. Le T.V. est extrêmement douloureux.

On pratique immédiatement une hystérectomie subtotale.

On trouve : du pus dans le Douglas. Intestin et annexes rouges, avec fausses membranes. Absès sur le bord droit de l'utérus. La guérison survient un mois après.

EAU BOUILLIE + DAKIN

OBSERVATION N° 33. (Thèse Harel.)

Femme de 30 ans, III pare, dernières règles le 23 février, entre dans le service le 24 mars 1937. La veille a pratiqué une injection intra-utérine d'eau pure. Quelques heures après elle a éprouvé de violentes douleurs abdominales et a présenté des vomissements accompagnés de céphalée intense.

Le 24 mars, T. 40°, frissons, vomissements. Elle entre dans le service où on pratique une injection de 2 cc. de propidon.

Le 25 mars, la T. tombe à 38°, mais remonte le soir à 39°4. Le pouls est bon, bat à 100. Le ventre est souple non douloureux.

Le 26 au matin, T. 39°5. Défense abdominale marquée, pouls rapide, langue sèche. Au T.V. culs de sacs extrêmement douloureux, vomissements.

Devant ce tableau, on pratique une hystérectomie. On trouve : du liquide louche dans le péritoine.

Le 27 mars, T. 40°, pouls à 100. Etat général satisfaisant.

La guérison se produit un mois après.

EAU PURE, OU BOUILLIE

OBSERVATION N° 34. (Thèse Harel.)

Femme âgée de 25 ans, III pare, retard de trois mois. Pratique une injection intra-utérine d'eau bouillie. Deux jours après expulsion du fœtus. Cinq jours après l'avortement entre dans le service pour : de violentes douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, soif intense. T. 39°, pouls 10. A l'examen le ventre est plat, présentant une contracture généralisée. Douleur diffuse. Pas de matité dans les flancs. Au T.V. l'utérus est gros, antéversé, les culs de sacs sont libres, non douloureux.

Le lendemain, T. 40°, signes nets de péritonite. Pouls 140. Vomissements, Douglas très douloureux. On pratique une hystérectomie subtotale d'urgence. On trouve du pus libre dans le péritoine. Drain, Mickulicz.

Suites opératoires compliquées d'infection pulmonaire et de parotidite gauche. La guérison survient après deux mois.

CHAPITRE III

FACTEURS ETIOLOGIQUES

Nous avons rassemblé dans ce chapitre les divers renseignements d'ordre étiologique, que nous avons pu réunir dans les observations : Age de la femme — Etat de grossesse — Age de la grossesse — Parité — Antécédents gynécologiques et autres. Enfin, les liquides employés, le matériel et la technique utilisés pour les injections intra-utérines.

Cette étude sera surtout d'ordre statistique.

Age de la femme. — Les manœuvres sont pratiquées à tout âge. Nous avons relevé un cas à 16 ans, un autre à 39 ans.

Signalons parmi les cas les plus fréquents :

entre 19 et 25 ans : 15 cas
entre 25 et 30 ans : 10 cas
entre 30 et 35 ans : 7 cas
entre 35 et 40 ans : 3 cas.

Etat de grossesse. — Si les accidents provoqués par les injections intra-utérines abortives apparaissent dans l'immense majorité des cas chez les femmes enceintes, ils peuvent aussi s'observer chez les femmes non enceintes.

Dans nos 65 observations :

61 concernent des femmes enceintes,•

4 se rapportent à des femmes non enceintes. (Obs. N^{os} 2, 3, 21, 26.)

Soit un pourcentage de 6,15 % des cas pour les femmes non enceintes.

Age de la grossesse. — Les manœuvres ont été pratiquées à tous les âges de la grossesse. Au début, après un retard de quelques jours ou de deux ou trois semaines — ou à l'opposé, au 9^{me} mois chez une femme à terme. (Obs. N^o 15, Thèse de Gross.)

Les cas les plus fréquents s'observent entre 1 mois et 5 mois.

Entre 1 et 2 mois :	16 cas
entre 2 et 3 mois :	13 cas
entre 3 et 4 mois :	16 cas
entre 4 et 5 mois :	1 cas
à 5 mois :	2 cas

Il n'a pas été signalé de cas entre 5 et 9 mois.

Parité. — (sur 28 réponses)

Nullipares.....	8 cas
I pares.....	6 cas
II pares.....	2 cas
III pares.....	7 cas
IV pares.....	3 cas
VII pares.....	3 cas
VIII pares.....	1 cas

Antécédents. — Les observations sont en général silencieuses sur ce chapitre. Nous avons relevé :

1 avortement antérieur.....	2 cas
2 — — —	2 cas
6 — — —	1 cas

Pas de renseignements sur les antécédents hépatiques ou rénaux.

I. — *Le Liquide employé.* — Sur 65 observations nous avons noté l'emploi :

- 51 fois de Solution de Savon. Soit un pourcentage de 78,46 % des cas.
- 4 fois d'Eau de Javel ou eau javellisée. Soit un pourcentage de 6,15 % des cas.
- 2 fois de Vinaigre pur ou eau vinaigrée. Soit un pourcentage de 3,07 % des cas.
- 2 fois de Permanganate de Potasse. Soit un pourcentage de 3,07 % des cas.
- 1 fois Eau iodée. Soit un pourcentage de 1,63 % des cas.
- 1 fois Eau bouillie + Daquin. Soit un pourcentage de 1,63 % des cas.

2 fois Eau pure. Soit un pourcentage de 3,07 % des cas.
2 fois Infusion de camomille. Soit un pourcentage de 3,07 % des cas.

Ce tableau nous montre l'extrême fréquence de l'emploi des solutions savonneuses.

Tous les savons ont été employés : savon blanc de Marseille, savon noir, savon vert, savon ordinaire, poudre de savon, Lusoforme, savon à base de lysol (cresylol).

La concentration des solutions est très variables, faible ou forte.

Les quantités injectées sont également variables ; allant d'un demi-verre de solution à 250 cc. de liquide, et parfois plus.

II. — *Instrumentation.* — Les injections ont été pratiquées le plus souvent à l'aide d'une poire à lavement munie d'une canule en caoutchouc, ou encore à l'aide d'un bock adapté à une canule.

On signale aussi l'emploi de sondes : sondes rigides ou molles, sondes métalliques ou sondes en gomme, à extrémité plus ou moins effilée.

Signalons enfin l'emploi d'une seringue de Braun.

III. — *L'injection.* — Elle peut être pratiquée par un tiers, ou par la femme elle-même.

Les malades la prennent sous une pression variable, faible ou forte.

Il peut s'agir d'injection unique, ou d'injections répétées à quelques heures ou à plusieurs jours d'intervalle.

Les injections utilisent un liquide déterminé, ou un mélange de liquides (par ex. eau de savon + eau de javel), ou font alterner plusieurs liquides au cours d'injections successives.

Signalons enfin l'emploi simultané d'injections intra-utérines et de laminaire ou de sonde laissée à demeure pendant plusieurs heures.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Les accidents consécutifs aux tentatives abortives criminelles par injections intra-utérines de liquides se présentent en clinique sous des aspects extrêmement polymorphes.

Ce polymorphisme concerne aussi bien la symptomatologie des accidents que leur évolution.

Nous soulignerons tout d'abord quelques particularités évolutives.

I. — *Début des accidents.*

Ils peuvent suivre immédiatement l'injection abortive ou n'apparaître que plus tardivement, après une période de latence de durée variable ; allant de 2 heures à 17 jours.

Sur 64 observations, nous avons relevé :

37 cas d'accidents immédiats.

27 cas d'accidents apparus plus tardivement.

Soit une fréquence de :

57,8 % des cas pour les accidents immédiats,
et 42,1 % des cas pour les accidents tardifs.

Mis à part les accidents de mort subite (d'ailleurs extrêmement rares : un cas sur 65 observations) ou de syncope brutale après les injections, il faut noter que la gravité des accidents ne semble guère en rapport avec la date de début de ces derniers.

II. — *Evolution.*

Une fois déclenchés les accidents peuvent présenter au cours de leur évolution (dans 37 % des cas environ) des périodes de rémission trompeuse, véritables « intervalles calmes » au cours desquels les signes vont s'estomper, dans certains cas ils disparaissent complètement, laissant croire à la possibilité d'une évolution favorable et rapide.

Leur durée est extrêmement variable. Elle peut s'étendre de 4 heures à 10 jours. Leur terminaison est marquée par la réapparition progressive et brutale des accidents qui revêtent alors des caractères de gravité telle qu'ils imposeront le plus souvent une intervention chirurgicale d'urgence.

Il s'agit le plus souvent d'intervalles de calme unique. Exceptionnellement on peut rencontrer deux intervalles de calme successifs à quelques jours de distance.

Disons pour terminer ce préambule, que la date d'apparition des accidents, ou l'existence de périodes de calme au cours de l'évolution, n'ont aucune valeur pronostique.



LES SYMPTOMES

L'aspect clinique des accidents est, nous l'avons dit, extrêmement polymorphe.

L'enchevêtrement des différents signes subjectifs, objectifs et généraux, peut réaliser des syndromes très variables, dont la multiplicité entraîne le plus souvent des erreurs de diagnostic.

Nous allons prendre pour type de description un syndrome clinique qui réunit la majorité des signes observés après les injections intra-utérines. Les signes les plus fréquents sont, d'une part, des signes de péritonite diffuse, et, d'autre part, des signes de toxi-infection à point de départ abdomino-génital.

La DOULEUR. C'est le symptôme fonctionnel le plus constant.

Nous l'avons trouvé dans 42 cas sur 61 (soit 80 % des cas environ).

Elle peut être d'apparition brutale, syncopale d'emblée, ou progressive, atteignant plus ou moins rapidement son maximum d'intensité.

C'est une douleur continue, présentant parfois quelques paroxysmes. Les malades la comparent à une sensation de broiement, de torsion, de coup de poignard, ou de brûlure interne vive.

Cette douleur peut aussi revêtir l'allure de coliques violentes; mais elle peut aussi rester sourde, et ne s'accompagner que d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Son siège est variable. Localisée au bas-ventre (cas les plus fréquents) ou généralisée à tout l'abdomen, elle peut irradier vers les lombes ou les cuisses.

Enfin, elle peut constituer dans quelques cas, un symptôme isolé.

Les HEMORRAGIES. C'est le signe le plus fréquent après la douleur. Elles s'observent dans 41 % des cas environ.

Elles sont variables dans leur aspect et leur abondance.

Il s'agit tantôt de sang rouge, tantôt de sang mêlé de caillots.

La quantité va de quelques gouttes à plusieurs centaines de grammes.

Très souvent enfin elles attirent l'attention par leur fétidité.

L'hémorragie, peut aussi, dans certains cas, constituer un symptôme isolé.

A côté de ces deux grands signes, il faut insister sur la fréquence des frissons, des vomissements et de la diarrhée.

Succédant à ces symptômes, une syncope peut survenir. C'est un accident exceptionnel qui peut venir compliquer les accidents précédents ou apparaître d'emblée et constituer le seul accident au début (1 seul cas sur 65 observations).

On peut rapprocher ce dernier cas des accidents tout aussi exceptionnels, de mort subite survenant immédiatement après les injections (1 seul cas sur 65 observations).

Signalons enfin quelques troubles qui peuvent coexister et que nous ne ferons que citer : vertiges, accès de chaleur, fourmillement de la face et des extrémités, tremblement généralisé, et même une cécité passagère.

Lorsque l'on voit ces malades — souvent amenées d'urgence à l'hôpital — on est frappé d'enlèvement par leur faciès péritonéal.

Ce sont des malades choquées et intoxiquées qui présentent de la pâleur, de la cyanose, et de la dyspnée. Leur respiration est courte, rapide, superficielle. Elles sont agitées, délirantes, ou au contraire plongées dans un état d'adynamie complète, ou d'adynamie avec indifférence.

Leur température est très variable. Assez souvent modérée, elle atteint d'autres fois 40°.

Mais ce qui frappe surtout, c'est la fréquence de la dissociation du pouls et de la température. Elle s'observe dans 40 % des cas environ. Le degré de cette dissociation est très variable. (Par ex. 112 pulsations pour 36°7, et 160 pulsations pour 37°5.)

Par ailleurs, assez fréquemment, dans 18 % des cas environ, les malades présentent un ictère. Il s'agit tantôt de simple subictère, tantôt d'ictère franc généralisé. Dans ce

cas, il est très intense, de coloration foncée, rouge cuivré, et survient assez rapidement après le début des accidents (Obs. N^{os} 1, 17, 31).

Les urines sont diminuées et foncées. L'oligurie est en effet habituelle, les malades peuvent même présenter un état d'anurie depuis 24 heures.

Les urines, retirées par cathétérisme vésical, sont d'aspect bouillon sale, foncées, et parfois même franchement hémorragiques.

Ajoutons enfin que les malades peuvent se présenter en état de subocclusion intestinale. (Obs. N^o 13.)

L'EXAMEN de ces malades va nous fournir des renseignements importants.

On peut découvrir à l'inspection du tronc, de l'abdomen, des cuisses ou des jambes, des taches cutanées d'aspect particulier : taches cyanotiques, ecchymotiques ou purpuriques. On leur attribue une grande valeur diagnostique mais elles sont très inconstantes.

A l'examen de l'abdomen on peut noter d'emblée du météorisme abdominal, mais c'est surtout la palpation qui va décider de l'intervention chirurgicale en révélant des signes de péritonite diffuse. Ces signes s'observent dans plus de 60 % des cas.

Il peut s'agir, soit d'un simple état de tension de la paroi abdominale, soit d'un état de défense ou de contracture nette, localisée à l'étage sus-pubien ou à la région hypogastrique, ou généralisée à tout l'abdomen.

Sur 39 cas décrits, il s'est agit 24 fois de défense abdominale et 9 fois de contracture franche.

Ajoutons enfin que la palpation est assez souvent douloureuse.

SIGNES GENITAUX.

Il faudra toujours pratiquer un examen au spéculum.

Cet examen extrêmement important peut révéler des lésions du col utérin ou du vagin, dont l'importance diagnostique est considérable. A elles seules en effet, ces lésions peuvent poser l'indication opératoire.

On peut trouver un col utérin présentant une coloration pathologique (verdâtre ou violacée, ecchymotique ou noirâtre) traduisant des lésions d'infarctus, pur, ou déjà compliqué de sphacèle d'un versant ou de la totalité du col utérin. On peut trouver aussi une gangrène du museau de tanche.

Les lésions vaginales, sous forme de plaques grises blanchâtres, peuvent aussi révéler l'action corrosive d'un caustique.

Mais ces lésions, dont nous venons de dire l'importance diagnostique sont très inconstantes. Leur fréquence ne dépasse pas 15 % des cas environ.

Signalons ici que les pertes fétides sont très fréquentes.

Le toucher combiné au palper montre un col ramolli, allongé, avec un orifice à peine entr'ouvert ou au contraire largement perméable.

Les culs de sacs, et plus particulièrement le Douglas, peuvent être infiltrés, enflammés, déplissés ou empâtés. Ils sont très souvent douloureux.

Au niveau de l'utérus, on note très fréquemment une augmentation de son volume, de l'ordre de 1 à 2 mois, au-dessus de l'âge de la grossesse. Cette augmentation pathologique, se trouve dans 65 % des cas environ. (Signalons qu'on a pu l'observer au cours de 2 examens pratiqués à 1 heure d'intervalle. (Obs. N° 35, Thèse de Gross.)

La consistance utérine est rarement normale. Tantôt ramolli, tantôt en contracture, l'utérus peut présenter dans sa masse des irrégularités, et il est souvent difficile de préciser ses dimensions.

L'utérus est très souvent douloureux (52 % des cas environ).

La douleur peut être spontanée ou réveillée par la pression ou la mobilisation utérine. Son siège est variable, elle prédomine le plus souvent au niveau du fond ou sur les deux bords de l'utérus.

Tel est le syndrome général dans lequel nous avons groupé les signes que l'on observe le plus fréquemment en clinique. Mais tous ces symptômes sont très inconstants et très exceptionnellement réunis au complet.

Leurs associations donnent lieu à de nombreuses formes cliniques, qui en l'absence de la notion des manœuvres intra-utérines, conduisent le plus souvent à des erreurs de diagnostic.

C'est dire l'importance de l'interrogatoire minutieux de la malade.

FORMES CLINIQUES.

Selon la prédominance des symptômes, on peut observer :

- des formes péritonéales pures,
- formes à type de perforation utérine,
- formes annexielles (salpingite, pyosalpinx) desquelles il faut rapprocher les accidents de rupture survenus lors des manœuvres abortives pratiquées sur une grossesse extra-utérine,
- formes simulant une appendicite aiguë,
- formes à type d'occlusion intestinale ;

ou encore :

- formes septicémiques,
- formes ictériques, à type d'ictère hémolytique,
- formes rénales, à type de néphrite azotémique,
- formes rénales avec albuminurie ou hématurie,
- formes anuriques.

Le DIAGNOSTIC clinique précis des lésions locales est extrêmement difficile. En effet, — mis à part les cas où les lésions sont « vues » au spéculum — il n'y a pas de signe pathognomonique d'une lésion génitale déterminée.

Dans quelques cas particulièrement nets, il a pu être posé cliniquement, mais dans la grande majorité des cas, c'est un diagnostic opératoire. Seule l'intervention chirurgicale permet de juger de la nature et de l'étendue des lésions génitales.



EVOLUTION

L'évolution des accidents est en général grave et dans un très grand nombre de cas imprévisible.

Les statistiques que nous allons présenter en constituent la meilleure démonstration.

CAS MORTELS AVANT TOUT TRAITEMENT : 7 cas sur 63
(Pourcentage 11,11 %).

NOMBRE DE CAS TRAITES : 57. (1 cas ayant guéri spontanément, Obs. N° 38, Thèse de Gross.)

Résultats :

Cas de guérison après l'intervention : 36 (Pourcentage 63,15 %)

Cas mortels malgré le traitement chirurgical : 20 (Pourcentage 35,08 %).

La durée de l'évolution est extrêmement variable.

— Dans les cas mortels avant tout traitement chirurgical. L'évolution est rapide. Elle s'étend de un à trois jours.

— Dans les cas mortels malgré le traitement chirurgical. La mort peut survenir à la fin de l'intervention, dans les heures ou les quelques jours qui vont suivre.

Mort par collapsus, dans un tableau d'infection ou d'intoxication grave, très souvent avec ictère et anurie.

— Dans les cas de guérison après le traitement chirurgical. La guérison est généralement lente: Elle survient quelques semaines après l'intervention. Elle peut être encore retardée du fait de complications diverses telles que : infections pulmonaires, pneumonie, infarctus du poumon, pleurésie, otites, phlébite des membres inférieurs, abcès de la paroi abdominale. Rappelons ici le cas d'acidose post-opératoire (Obs. N° 26). La guérison ne survient alors qu'après 2 ou 3 mois.

CHAPITRE V

CONSTATATIONS BIOLOGIQUES

Les comptes rendus opératoires, les recherches anatomo-pathologiques et les autres examens de laboratoires, fournissent des renseignements très intéressants sur la nature et la fréquence des lésions observées, ainsi que sur les réactions humérales, consécutives aux injections intra-utérines.

LESIONS ANATOMIQUES. — Sur 55 interventions pratiquées.

1° L'atteinte péritonéale est extrêmement fréquente.

Le péritoine est assez souvent d'aspect inflammatoire. Il est congestionné, infiltré, de coloration rougeâtre ou même noirâtre.

On peut trouver des dépôts blancs jaunâtres recouvrant sa séreuse par endroits.

L'œdème du péritoine sous-séreux peut aussi exister.

L'épanchement péritonéal s'observe dans 60 % des cas environ.

Sur 33 cas relevés, il s'agissait :

21 fois de péritonite de la grande cavité,

12 fois de péritonite pelvienne.

La quantité de liquide est variable, allant de quelques centimètres cubes à plusieurs centaines de grammes.

C'est un liquide d'aspect : tantôt séro-sanguinolent ou simple sérosité louche, tantôt d'aspect hémorragique ou purulent.

Il peut être libre dans la grande cavité abdominale, ou contenu entre des adhérences, ou collecté dans le Douglas.

Cet épanchement est souvent fétide. Dans quelques cas, il dégage une odeur (par ex. odeur d'eau de Javel) qui permet de soupçonner la nature du liquide employé pour les injections. Ce fait traduirait le passage du liquide d'injection dans la cavité péritonéale et peut faire penser à l'existence d'une péritonite chimique à l'origine.

Bien qu'habituellement associée à des lésions génitales, cette péritonite peut constituer parfois une lésion isolée. (Obs. N° 18.)

2° Les anses intestinales peuvent présenter une réaction inflammatoire et peuvent adhérer soit entre elles, soit avec l'utérus. On relève la présence fréquente de dépôts blancs jaunâtres semblables à ceux qui recouvrent le péritoine et aussi l'existence de fausses membranes. Signalons dans un cas : un état de subocclusion intestinale avec une anse dilatée et rouge. (Obs. N° 18.)

Il peut exister également des adhérences utéro-épiploïques.

3° *Lésions génitales.* — Sur 55 interventions pratiquées, nous avons relevé :

- | |
|--|
| 36 cas d'infarctus génitaux (1 cas compliqué de rupture de G. T.). |
| 9 cas de gangrène utérine (dont 4 compliqués de perforations). |
| 2 cas de perforations utérines. |
| 1 cas de rupture de grossesse tubaire. |
| 2 cas de salpingite. |
| 1 cas de pyosalpinx. |
| 1 cas d'abcès de l'utérus. |

Nous voyons que la lésion de loin la plus fréquente et la plus importante est constituée par les infarctus génitaux.

Etudiant leur localisation et leur étendue, nous avons constaté qu'elles étaient extrêmement variables et certainement imprévisibles.

Nous avons relevé parmi les infarctus génitaux :

- 1° 9 cas d'infarctus total (s'étendant parfois au petit bassin)
- 2° 15 cas d'infarctus de l'utérus et de certaines annexes, parmi lesquels :
 - 6 cas d'infarctus utéro-annexiel unilatéral.
 - 1 cas d'infarctus utéro-annexiel unilatéral et de l'ovaire du côté opposé.
 - 3 cas d'infarctus de l'utérus et des deux trompes.
 - 1 cas d'infarctus utéro-annexiel unilatéral et de l'ovaire du côté opposé.
 - 2 cas d'infarctus de l'utérus et d'une trompe.
 - 1 cas d'infarctus de l'utérus et des deux ovaires.
 - 1 cas d'infarctus de l'utérus et d'un ovaire.
- 3° 11 cas d'infarctus limité au muscle utérin.
- 4° 1 cas d'infarctus ovarien isolé.

L'infarctus peut être observé à divers états de son évolution :

- soit infarctus récent, de type franchement hémorragique, compliqué ou non de perforations ;
- soit infarctus déjà compliqué d'infection ;
- soit infarctus en voie de nécrose.

La perforation n'est pas rare à ce dernier stade.

REACTIONS HUMORALES.

L'examen du sang montre que la formule sanguine est surtout modifiée dans la série blanche.

On note habituellement de l'hyperleucocytose avec hyperpolynucléose.

Quant aux hématies leur nombre reste sensiblement normal.

La glycémie est parfois augmentée, mais le plus souvent elle est normale. Nous avons relevé 1 cas d'hyperglycémie chez une femme paraissant indemne de tout diabète antérieur. (Obs. N° 1, Prof. Figarella.)

Rappelons pour mémoire un cas d'acidose post-opératoire (Obs. N° 26).

L'hémoculture a été pratiquée dans de nombreux cas, les réponses sont négatives.

Le taux de l'urée sanguine est augmentée dans des proportions variables, et paraît être en rapport étroit avec le degré d'intoxication de l'organisme et l'existence de lésions hépatiques ou rénales.

Examen des urines : elles sont le plus souvent très diminuées. L'oligurie est habituelle. Elle peut aller dans certains cas jusqu'à l'anurie. Celle-ci s'observe surtout à la phase ultime de l'évolution.

La valeur pronostique de la diurèse est à retenir.

La concentration uréique des urines est diminuée.

L'albuminurie est fréquente, son taux est variable.

On n'a pas signalé de glycosurie.

Cytologiquement, on peut trouver des hématies, accompagnées ou non de leucocytes. On ne trouve pas de cylindres.

Au point de vue bactériologique, il faut noter que les urines restent le plus souvent aseptiques.

Leur culture a montré, dans un cas, des bacillus Perfringens, non décelables à l'examen direct.

A L'AUTOPSIE — On a pu constater des lésions viscérales à distance dont les plus intéressantes sont des lésions de Néphrite et d'Hépatite.

On relève également avec une certaine fréquence, des lésions d'infection pulmonaire, et en particulier de broncho-pneumonie.



CHAPITRE VI

PATHOGENIE

Les complications locales consécutives aux injections liquides intra-utérines, leur retentissement général, soulèvent des problèmes pathogéniques variés et complexes.

Pour les résoudre tous, il aurait fallu se livrer à une longue expérimentation et à des recherches biologiques et physiologiques. Etant dans l'impossibilité de le faire, nous devons nous contenter d'expliquer partiellement et d'une façon succincte certains phénomènes observés.

Nous avons recueilli dans ce but, dans la littérature médicale quelques hypothèses susceptibles de nous éclairer sur la genèse des lésions observées. Nous avons trouvé, à ce sujet, des renseignements intéressants dans la thèse de Gross (Paris 1938).

Au cours des constatations opératoires ou nécropsiques, nous avons vu l'importance des lésions d'infarctus et la fréquence de l'infection. L'injection favorise-t-elle le développement des germes virulents ? Y a-t-il réveil d'un microbisme latent dont l'action déclencherait d'autre part l'infarctus ?

A cette question, Meyer répond en disant : « La cause conduisant à l'infarctissement de l'utérus et des annexes doit être dans la majorité des cas, due à une infection des suites de couches ou d'abortus. »

A l'opposé, une observation du Professeur Mocquot fournit l'exemple d'un infarctus aseptique. Ce qui conduit à penser qu'il peut s'agir de lésions purement vasculaires, et nullement inflammatoires.

Des expériences ont d'ailleurs montré (thèse de Gross) qu'une injection aseptique d'eau savonneuse peut donner des lésions d'infarctus génital.

Il semble, d'autre part, que le rôle du traumatisme est loin d'être négligeable. Il paraît en effet favoriser le passage du liquide injecté dans la circulation générale. La sonde venant buter sur la paroi utérine permet l'imprégnation du muscle utérin et du réseau vasculaire par le liquide injecté. Ceci se conçoit aisément quand on songe à la vascu-

larisation intense de l'utérus gravide. On a montré, que dans le cas du savon il se produit une véritable nécrose alcaline, avec destruction des globules rouges, thrombose des vaisseaux et infiltration de sang dans les tissus dissociés.

Sur ces débris nécrotiques, excellent milieu de culture, vient pulluler une flore microbienne virulente.

Ajoutons, qu'il y a également action directe sur le sang du liquide savonneux, qui peut entraîner des lésions de thrombose hémolytique.

Pour expliquer les lésions à distance (infarctus ovarien par exemple) il faut admettre une vaso-constriction réflexe survenant après oblitération locale d'un vaisseau utérin.

L'hypothèse de la pénétration dans les vaisseaux utérins du liquide injecté permettrait d'expliquer certains de ces accidents à distance.

Pour certains auteurs l'irritation endovasculaire en un point quelconque, entraînerait deux réactions antagonistes : d'une part, une décharge locale d'histamine, et, d'autre part, une décharge d'adrénaline.

De l'équilibre de ces deux réactions, ou de la prédominance de l'une sur l'autre, dépendrait l'extension et l'intensité des lésions, ainsi que certaines réactions générales.

Dans d'autres cas l'irritation de l'endothélium vasculaire s'accompagne d'une vaso-dilatation aiguë paralytique avec stase sanguine dans une zone plus ou moins étendue.

On peut donc observer, d'une part de la nécrose et d'autre part de la vaso-dilatation. Les deux phénomènes s'accompagnant d'un retentissement général plus ou moins grave. La clinique paraît le confirmer et permet de supposer qu'il y a, à peu près, parallélisme entre l'étendue de la lésion utérine et l'intensité du retentissement général.

Ce fait n'a cependant rien d'absolu, puisqu'on a pu observer des cas de mort subite avec des lésions relativement limitées.

En conclusion : la multiplicité des facteurs qui interviennent : (la variété des lésions, leur degré d'extension, l'intensité des réactions vaso-motrices réflexes, le retentissement sur l'état général) permet d'expliquer dans une certaine mesure, l'allure clinique souvent si déconcertante et imprévisible des accidents provoqués par les injections intra-utérines abortives.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement sera avant tout un traitement chirurgical destiné à supprimer les lésions locales, source d'intoxication, d'infection et de désordres réflexes.

Le traitement médical qui lui est toujours associé s'adresse à l'état général et tire son importance du degré d'intoxication ou d'infection qui accompagne les lésions locales.

TRAITEMENT MEDICAL.

On s'attachera à relever l'état général par les toniques habituels. Signalons en particulier l'adrénaline en injection intra-musculaire (1 mmgr. à renouveler), pour lutter contre le retentissement réflexe général et limiter la vaso-dilatation utérine.

On luttera contre l'infection par la thérapeutique sulfamidée, les abcès de fixation ou le traitement de choc.

Il importe d'être prudent dans l'emploi des opiacés qui pourraient masquer les signes abdominaux.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Sur 65 observations : 57 cas traités.

Nous avons relevé les interventions suivantes et leurs résultats.

INTERVENTIONS

RESULTATS

40 Hystérectomies. (12 d'emblée..... (28 après laparotomie)	31 guérisons.
3 Castrations utilatérales (après laparotomie)	13 morts.
1 Laparotomie pour péritonite.	
10 Curettages	4 guérisons. 6 morts.
2 Drainages utérins par laminaires.....	2 guérisons.
1 Accouchement artificiel (par cranioclastie et perforation fœtale. Grossesse à terme)	1 mort.

Ce tableau nous montre la grande fréquence (44 cas sur 57) des interventions chirurgicales larges : Laparotomie ou Hystérectomie.

Elles entraînent la guérison dans 70,4 % des cas.

NATURE DE L'INTERVENTION. — On emploie habituellement la voie haute. Laparotomie sous ombilicale. On pratique une hystérectomie totale ou subtotale, avec ablation ou non des annexes, selon l'étendue des lésions.

Nous n'avons relevé qu'un cas d'hystérectomie par voie vaginale.

INDICATION DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Etant donné l'importance des symptômes, la diversité des syndromes cliniques qu'ils peuvent constituer, la fréquence des lésions et leur imprévisibilité, on devra le plus souvent poser l'indication opératoire sur un minimum de signes, sans attendre d'avoir un diagnostic local précis pour intervenir.

La conduite thérapeutique sera dictée surtout par :

1° La notion de tentatives abortives pratiquées par injection intra-utérines de liquides.

2° La rapidité d'installation d'un état général grave, d'allure toxique ou infectieux

3° Enfin par les signes recueillis au cours d'une surveillance attentive et permanente de l'appareil génital et de la région abdominale.

On pratiquera l'intervention quel que soit le temps écoulé depuis la manœuvre abortive.

Dans les cas où l'expectative aura semblé permise, on se tiendra néanmoins toujours prêts à intervenir.

De même, lorsqu'après une intervention limitée (curetage, curage ou drainage utérin) on n'a pas obtenu les résultats espérés, on n'hésitera pas devant la persistance des signes ou leur aggravation, à pratiquer une intervention large.

PRONOSTIC.

Dans l'ensemble il est fonction :

de l'étendue des lésions génitales,

du degré d'intoxication de l'organisme,

de la précocité de l'intervention,

enfin de la possibilité de complications septiques à distance.

CONCLUSIONS

- I. — Les injections intra-utérines abortives, quel que soit le liquide injecté, peuvent provoquer des accidents graves.
- Ces accidents semblent dépendre davantage de l'injection elle-même, que de la nature du liquide injecté.
- II. — L'état de grossesse n'est pas indispensable à l'éclosion des accidents. Ils peuvent s'observer également chez des femmes non enceintes.
- III. — La symptomatologie des accidents est multiple, infidèle et trompeuse. Elle associe le plus souvent des signes abdomino-génitaux à une atteinte générale grave, suivant des formes cliniques très variées

Quel que soit le syndrome présenté par les malades, il faudra toujours penser à la possibilité de lésions locales, génitales, et en rechercher attentivement les signes.

Ces lésions sont extrêmement fréquentes. Leur diagnostic précis reste dans l'immense majorité des cas un diagnostic opératoire. C'est dire, que lorsqu'on traite un avortement provoqué par injection intra-utérine de liquide, il convient d'être plus interventionniste que de coutume, du fait de la gravité des lésions possibles et de la difficulté d'un diagnostic clinique précis.

- IV. — Le traitement chirurgical — toujours associé à un traitement médical — est le traitement de choix de ces accidents.

Il tire ses indications :

1° de la notion des tentatives abortives par injections intra-utérines de liquides.

2° de l'existence d'une défense ou d'une contracture abdominale, ou à défaut, de l'existence de signes généraux graves, toxiques ou infectieux.

L'intervention chirurgicale sera pratiquée aussi précocement que possible, quel que soit le temps écoulé depuis les manœuvres abortives.

Lu et approuvé :

Le Président de Thèse : Yves BOURDE.

Lu et approuvé :

Le Doyen : Lucien CORNIL.

Vu et permis d'imprimer : Aix le 19 mars 1942.

Le Recteur : ILLISIBLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBELOOS et GOVAERTS. — A propos de l'infarctus hémorragique utérin et tubo-ovarien. (*Le Scalpel*, 17 mai 1933, t. 87, p. 789.)
- BASTIEN Jacques. — Infarctus utérin après injection intra-utérine d'eau de javel. (*Mémoires de l'Académie de Médecine et de Chirurgie*, tome 67, n^{os} 22 et 23.)
- BEAUFAYS. — Sur un cas de tentative d'avortement avec une solution de savon au 9^{me} mois de la grossesse. (*Zentralblatt für Gynakologie*, 8 juillet 1933, t. 52, p. 1592.)
- BICKENBACH. — Nécrose alcaline de l'utérus et des annexes après injection intra-utérine de poudre de savon. (*Medizinische Klinik*, 7 nov. 1930, t. 26, n^o 45, p. 1655.)
- BRAINE. — Infarctus hémorragique utérin et tubo-ovarien. (Rapport Mondor, *Soc. Nat. de Chirurgie*, 15 juin 1932, t. 58, p. 932.)
- BRAKEMAN. — Infarctus hémorragique total des organes génitaux internes de la femme. (*Virchows Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie*, t. 52, p. 737.)
- BRAUN. — Contribution à l'étude des conséquences de l'avortement criminel au moyen de solutions savonneuses. (Thèse Munich, 1927.)
- BRETTE. — Sept cas d'infarctus utérins après injections intra-utérines de liquides divers. (*Mémoires Acad. Méd. et Chir.*, 9 juillet 1941.)
- CABANIE, DECROP, M^{lle} LAFOND. — Infarctus utéro-ovarien et nécrose d'un fibrome par injection d'une solution de permanganate de potasse. (*Maroc médical*, septembre 1939.)
- CERATI et DONNET. — Un cas de gangrène utérine avec perforation. Hépto-néphrite mortelle consécutive. (Comité Médical des B.-du-Rh., 15 février 1935, in *Marseille médical* 5 mai 1935, p. 596.)
- CHAUVENET. — Sur un cas d'infarctus génital. (Rapport Sénèque, *Acad. de Chirurgie*, 8 juillet 1936, tome 62, p. 1044.)
- DELALANDE et GARNIER. — Un cas de septicémie ou toxémie hémolysante après injection d'eau savonneuse. (Soc. d'Obst. de Paris, décembre 1937.)
- DEMAREZ et LINQUETTE. — Nécrose du fond utérin par injection intra-utérine de vinaigre pur au 5^{me} mois de la grossesse. (*Bull. Soc. Obst. et Gynécologie*, 1939, p. 21.)
- GEPERT. — Infarctus de l'utérus et des annexes. (*Monatschrift für Gebutshülfe*, 1921, t. 51, p. 21.)
- GROSS. — Les accidents génitaux de l'avortement criminel par injection d'eau savonneuse. (Thèse Paris 1938.)

HAREL. — Thèse Paris 1938, N° 385.

HARTMANN. — Quatre cas de nécrose de l'utérus par savon. Tableau clinique de la nécrose savonneuse. (*Nordwest deutsche Gesellschaft für gynäkologie*, 13 avril 1939, in *Zentralblätt für gynäkologie* 1929, t. 53, N° 35, p. 2237.)

HASELHORST et MERTENS. — Action du savon sur le sang dans les vaisseaux. (*Klinische wochenschrift*, 23 juin 1934, t. 13, p. 914.)

HASELHORST et SCHALTENBRAND. — Intoxication avec du savon mou au cours d'une tentative d'avortement, et expérimentation sur l'animal. (*Zeitschrift für geburtshülfe und gynäkologie* 1923, t. 105, p. 398.)

HUARD. — Infarctus post abortif de l'utérus. (Rapport Huet, Acad. de Chir., 19 février 1936, t. 62, p. 202.)

KOENEN. — Tentative d'avortement criminel par injection d'eau savonneuse. (Thèse Bonn 1923.)

LEPAGE et MUSSET. — Infarctus utérin après injection d'eau savonneuse. (Soc. Gyn. et Obst. de Paris, t. 41, N°s 7 et 8, p. 308.)

MACKEAY et HASELHORST. — Intoxication avec du savon mou après tentative d'avortement et expérimentation sur l'animal, avec lésions nerveuses surprenantes. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 1933, t. 132, p. 270.)

MOCQUOT et BENASSY. — Infarctus de l'utérus. (Soc. Nat. de Chirurgie, t. 61, p. 1231.)

MONDOR. — Diagnostics urgents. (Masson, éditeur.)

MONDOR, M. LAMY et LEROY. — Infarctus et gangrène de l'utérus. Nécrose dite alcaline par eau de savon. (*Presse médicale*, 9 mars 1935, N° 20, p. 377.)

MONDOR et P. GAUTHIER-VILLARS. — Infarctus de l'utérus compliquant un avortement. (Soc. d'Anatomie 7 février 1935, in *Annales d'anatomie pathologique*, février 1935, tome 12, page 210.)

MONDOR. — Les avortements mortels. (Paris 1936. Masson, éditeur.)

MONDOR. — Infarctus de l'utérus. (Acad. de Chirurgie, 5 juillet 1937, t. 63, p. 937.)

MONDOR. — A propos des avortements par eau de savon. (Acad. de Chirurgie, 16 mars 1938, t. 64, p. 438.)

MOURE, CHASTANG et FONTAINE. — Infarctus tubo-utérin. (Soc. Nationale de Chirurgie, 22 déc. 1934, t. 60, N° 34.)

MURARD. — Infarctus hémorragique de l'utérus. (Soc. Nationale de Chirurgie, 12 oct. 1932, t. 58, p. 1205.)

PALLIEZ et GERNEZ. — Rupture de grossesse tubaire après injection intra-utérine d'eau de savon. (*Bull. Soc. Gyn. et Obst. de Paris*, 1939, p. 375.)

PELLE. — Infarctus génital. (Rapport Huet. Acad. de Chir., 19 février 1936, t. 62, p. 202.)

- REDON. — Infarctus tubo-ovarien consécutif à une injection d'eau savonneuse. (Rapport Sénèque. Acad. de Chirurgie, 8 juillet 1936, t. 62, p. 1044.)
- RUNGE. — Nécrose alcaline de l'utérus et des annexes, lésions jusqu'ici jamais décrites. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 18 juin 1927, N° 25, t. 51, page 1562.)
- SANTY et Michel BECHET. — Infarctus génito-pelvien consécutif à des manœuvres abortives. (Rapport Ameline. Acad. de Chir. 10 mars 1937, t. 63, p. 304.)
- SENEQUE, A. SICARD, CARCASSONNE, DOR. — Sur les injections intra-utérines d'eau savonneuse. (Acad. de Chir., 9 mars 1938, t. 64, p. 397.)
- SIMONIN. — Injection d'eau de savon dans un but abortif. (Soc. de Méd. du Loiret, 17 avril 1935, in *Centre Médical*, juin 1935, N° 6, p. 150.)
- THESE LYON 1940. — N° 541.
- TOSETTI. — Contribution à propos de l'avortement criminel. (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 1917, t. 79, p. 445.)
- TOUBLANC. — Thèse Paris 1939.
- WEMMER. — Courte contribution sur la question de l'avortement criminel. (*Zentralblatt für Gynäkologie* 1921, t. 45, p. 615.)
- YOVANOVITCH. — Infarctus et rupture de la trompe gauche après injection intra-utérine chez une femme non enceinte. (*Bull. Soc. des Chirurgiens de Paris*, 19 mai 1939.)



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
HISTORIQUE	10
OBSERVATIONS	12
FACTEURS ETIOLOGIQUES	32
ETUDE CLINIQUE	35
CONSTATATIONS BIOLOGIQUES	43
NOTIONS PATHOGENIQUES	47
TRAITEMENT	49
CONCLUSIONS	51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

